



MANUAL DE REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA AMÉRICA LATINA



2026

VERSÃO EM PORTUGUÊS



MANUAL DE REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA AMÉRICA LATINA



© União Latino-Americana de Cegos – ULAC

© ICEVI Latinoamérica

Título: Manual de Reabilitação para Pessoas com Deficiência Visual da América Latina

Editora: ICEVI Latinoamérica. União Latino-Americana de Cegos – ULAC

Autora: Correa, Gladys e outros

Ano de publicação: 2023

Primeira edição: novembro de 2023

Esta obra é uma tradução para o português do Brasil da versão original publicada em espanhol pela União Latino-Americana de Cegos (ULAC) e pela ICEVI Latinoamérica.

Ano de tradução: 2026

Para citar conteúdo deste manual, deverão ser utilizados os dados acima.

Tradução: Sarah Barreto Marques Ribeiro

Todos os direitos reservados.

Esta publicação não poderá ser reproduzida, total ou parcialmente, nem registrada em ou transmitida por qualquer sistema de recuperação de informações, sob qualquer forma ou por qualquer meio, seja mecânico, fotoquímico, eletrônico, magnético, eletro-óptico, por fotocópia ou por qualquer outro procedimento, sem a autorização prévia e por escrito dos editores.

Contenido

AGRADECIMENTOS	4
INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO 1. CONCEITOS GERAIS.	11
CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL DA REABILITAÇÃO.	32
CAPÍTULO 3. INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICAS COLABORATIVAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL.	51
CAPÍTULO 4. AS FAMÍLIAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO.	72
Intervenções da Equipe de Reabilitação com a Família: Possibilidades e Dispositivos	79
CAPÍTULO 5 REABILITAÇÃO BÁSICA FUNCIONAL.	89
CAPÍTULO 6. ÁREA PSICOSSOCIAL.	103
CAPÍTULO 7: ÁREA FÍSICA: EDUCAÇÃO FÍSICA.	133
CAPÍTULO 8. ÁREA FÍSICA: ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE.	162
ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE DENTRO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO.	166
CAPÍTULO 9: ÁREA TERAPIA OCUPACIONAL	214
CAPÍTULO 10. LEITURA E ESCRITA EM SISTEMA BRAILLE.	240
CAPÍTULO 11. ÁREA DE TECNOLOGIA: USO DA INFORMÁTICA E DISPOSITIVOS MÓVEIS	259
CAPÍTULO 12. REABILITAÇÃO VISUAL.	280
ANEXO:	325
CAPÍTULO 13. ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO DE INCLUSÃO PROFISSIONAL	330
INCLUSÃO SOCIOPROFISSIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	335
TIPOS E/OU MODALIDADES DE EMPREGO.	341
CAPÍTULO 14. A REABILITAÇÃO EM PESSOAS COM SURDOCEGUEIRA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA.	359
INTRODUÇÃO.	360
A FAMÍLIA NO CAMPO DA REABILITAÇÃO	400
CAPÍTULO 15. DESENVOLVIMENTO INCLUSIVO BASEADO NA COMUNIDADE	438



AGRADECIMENTOS

Desejo agradecer, inicialmente, à ULAC, ao ICEVI América Latina e à FOAL, pela confiança em mim depositada para levar adiante este projeto de fundamental importância para toda a região latino-americana, pela liberdade com que me permitiram trabalhar e pelo acompanhamento na tomada de decisões relativas ao processo desenvolvido.

Em segundo lugar, desejo agradecer a colaboração que a União Marplatense de Ação Social pelos Direitos do Cego e Amblíope (UMASDECA) prestou ao desenvolvimento das minhas atividades, por meio da disponibilização da plataforma Zoom para a realização das inúmeras reuniões de trabalho com cada um dos grupos correspondentes aos 15 capítulos do manual.

Em terceiro lugar, desejo agradecer o apoio incondicional da minha família, pelo acompanhamento durante as muitas horas destinadas à realização das reuniões necessárias para a elaboração de cada um dos 15 capítulos, sua revisão e correção, o que me impediu de compartilhar eventos familiares e muitos momentos cotidianos. Sem essa compreensão, meu trabalho não teria sido possível.

Desejo agradecer à Prof. Soledad Andie por sua colaboração no design da capa do Manual e a toda a equipe profissional e administrativa do Centro de Reabilitação da UMASDECA, que buscou e compartilhou imagens e analisou diferentes opções até chegar à proposta definitiva.

Meu enorme agradecimento à Sra. Matilda Juárez, participante do Centro de Reabilitação da UMASDECA, que aceitou ser a imagem da nossa capa. Quando lhe contei a ideia, Matilda me disse, feliz, que antes de iniciar seu processo de reabilitação tentava ocultar sua



deficiência visual e que agora adora ser a capa do Manual, por tudo o que isso significa.

E, finalmente, a cada um(a) dos(as) profissionais e técnicos que fizeram parte do projeto. Sem seu trabalho generoso, comprometido e entusiasmado, no qual debatemos, concordamos e definimos caminhos a seguir, sempre pensando na pessoa destinatária do trabalho, este manual não teria sido possível. Por isso, o agradecimento não é apenas meu, mas também da União Latino-Americana de Cegos (ULAC), do ICEVI América Latina e da Fundação ONCE para a Solidariedade com as Pessoas Cegas da América Latina (FOAL), a cada um(a) dos(s) autores(as), e desejo que compreendam que não existem palavras que descrevam a profundidade desse agradecimento.

Sem vocês, o sonho de um novo manual para a América Latina não seria esta realidade que hoje está ao alcance de suas mãos.

OBRIGADA!

Tec. Gladys Correa



INTRODUÇÃO

O presente manual faz parte de um projeto conjunto entre a União Latino-Americana de Cegos (ULAC) e o ICEVI América Latina (região do Conselho Internacional para a Educação de Pessoas com Deficiência Visual), com a colaboração da Fundação ONCE para a Solidariedade com as Pessoas Cegas da América Latina (FOAL).

O objetivo deste grande projeto, “Manual de Reabilitação para pessoas com deficiência visual da América Latina”, é oferecer àqueles que trabalham com pessoas adultas na região uma referência atualizada sobre as abordagens dessa área; àqueles que estão iniciando nesse trabalho, uma orientação clara quanto à filosofia, ao respeito aos direitos humanos, aos critérios e às formas exitosas de abordagem; e aos Estados, um guia que oriente a construção de políticas públicas, para que estas possam ser implementadas e favoreçam a qualidade dos serviços de reabilitação, desenvolvendo competências até alcançar uma melhor qualidade de vida para pessoas adultas que adquirem uma deficiência visual.

A coordenação geral, edição, compilação e supervisão técnica do processo de escrita esteve a cargo da técnica Gladys Viviana Correa. Gladys é uma profissional de extraordinária capacidade, com mais de 25 anos de experiência, selecionada por meio de um edital público e aberto de análise de antecedentes em meados de 2022, cujo comitê de seleção contou com as presidências da ULAC e do ICEVI América Latina, além da Direção Geral da FOAL. Além disso, Gladys coordenou durante 15 anos o Centro de Reabilitação de pessoas cegas e com baixa visão da UMASDECA.

Além de reconhecer sua capacidade profissional, também queremos destacar seu compromisso militante com os direitos humanos das pessoas com deficiência visual, cegas e com baixa visão.



Gladys possui mais de 30 anos de atuação no movimento de pessoas com deficiência, em sua cidade natal, Mar del Plata e em sua querida UMASDECA (*união Marplatense de Ação Social pelos Direitos do Cego e Amblíope*); em nível nacional, inicialmente na FAICA (Federação Argentina de Instituições de Cegos e Amblíopes) e posteriormente na ASAERCA (Associação Argentina de Profissionais da Deficiência Visual). Também ocupou cargos importantes no ICEVI América Latina, como a coordenação da sub-região Cone Sul.

Estamos convencidos de ter selecionado a melhor profissional possível para coordenar este trabalho, e o resultado apresentado ao longo destas páginas confirma que a decisão foi correta. Graças à coordenação da consultora, este novo Manual traz um olhar contemporâneo, que respeita os direitos humanos e está atualizado para o tempo presente e futuro.

Para a elaboração do manual, contou-se com a contribuição solidária e colaborativa de 43 profissionais provenientes de 13 países latino-americanos: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, México, Peru, Uruguai e Venezuela.

Os(as)) profissionais foram selecionados(as)) a partir de uma lista de 66 candidatos(as)) que responderam ao processo seletivo realizado pela ULAC e pelo ICEVI América Latina, e trabalharam de forma virtual com grande comprometimento, conscientes de que a contribuição generosa de seus conhecimentos e experiências permitirá melhorar a qualidade dos serviços ou centros de reabilitação existentes, bem como a criação de espaços adequados às necessidades das pessoas adultas com deficiência visual.

Com o objetivo de unificar critérios na denominação tanto da pessoa que passa pelo processo de reabilitação quanto do profissional que realiza a intervenção, foi realizada uma pesquisa entre os(as))



profissionais que colaboraram com o projeto, na qual foram apresentados os termos atualmente utilizados — muitos deles associados a abordagens médicas, como “paciente”, ou educacionais, como “aluno” — que não correspondem ao atual enfoque de direitos. Como resultado, definiu-se que a pessoa em processo de reabilitação será denominada **Participante**, pois, para desenvolver esse processo, deve ter envolvimento direto nas atividades, internalizando estratégias e ferramentas de forma ativa, não se limitando a uma simples frequência ao serviço, mas constituindo-se como participante proativo de seu próprio processo.

Quanto ao profissional que atua no serviço, os termos mais utilizados são docente ou professor. A partir da pesquisa, definiu-se que sua denominação será simplesmente profissional. Considerando que, em alguns países, as formações são técnicas e não universitárias, utiliza-se também o termo Profissional ou Técnico(a) Reabilitador(a), entendendo que sua função é oferecer ferramentas de autonomia e técnicas compensatórias para que o Participante se aproprie delas. Seu trabalho, portanto, é de igual para igual, de adulto para adulto, sem uma superioridade determinada.

Ao longo do manual, inicialmente desenvolvem-se o marco normativo internacional que fundamenta o modelo social e suas implicações na abordagem da reabilitação, com um breve panorama histórico que mostra de onde viemos e para onde vamos no contexto dessa temática. Em seguida, são apresentados conceitos básicos para que se passe a utilizar o mesmo critério quando se organiza uma abordagem em reabilitação. Depois, são desenvolvidos dois temas fundamentais para o trabalho com adultos, como o trabalho em equipe interdisciplinar ou colaborativa, conforme o caso, e o trabalho com as famílias, que frequentemente influenciam o avanço ou a interrupção dos processos de reabilitação. Por fim, nesta primeira parte, define-se



o conceito de reabilitação básica funcional, suas etapas, atores e modalidades.

Concluída essa contextualização geral, nos capítulos seguintes são amplamente desenvolvidos os fundamentos teóricos, estratégias específicas e critérios para cada área da reabilitação básica funcional: Psicologia e Serviço Social, Educação Física, Orientação e Mobilidade, Terapia Ocupacional, Leitura e Escrita em Braille, Tiflotecnologia, Reabilitação Visual e acompanhamento para Inclusão profissional.

Em cada capítulo, considerando os aprendizados obtidos durante a pandemia de COVID-19, são propostas estratégias e modalidades de atendimento a distância que podem ser utilizadas tanto em situações similares futuras quanto nos casos em que a pessoa não puder comparecer presencialmente ou o serviço não puder funcionar normalmente.

Por fim, embora o manual trate transversalmente de pessoas cegas, com baixa visão e surdocegas, optou-se por incluir um capítulo específico abordando as pessoas com surdocegueira, visto que frequentemente são excluídas dos serviços ou centros de reabilitação ou recebem atendimento apenas sob o enfoque visual, ignorando a surdocegueira como uma condição única.

Além disso, considerando a grande extensão geográfica da região e que, se por um lado existem extensas áreas com características rurais, por outro, há concentração de serviços nas grandes cidades, afastadas dessas áreas, incluiu-se um capítulo sobre reabilitação baseada no desenvolvimento inclusivo comunitário, atualizando o enfoque inicialmente baseado na comunidade e que, sob uma perspectiva de direitos, fundamenta-se no empoderamento da pessoa e de sua família, dentro de uma comunidade com serviços inclusivos.

Aqueles que destinaram seu tempo, conhecimentos, esforços e força de vontade para a elaboração deste manual desejam



sinceramente que ele seja uma ferramenta formativa capaz de promover mudanças reais na forma de atuação junto às pessoas adultas, de modo que suas possibilidades sociais, potencialidades pessoais e recursos comunitários contribuam para formar adultos reabilitados, com projetos de vida enriquecedores, autodeterminação, autoestima e autonomia fortalecidas, de tal maneira que, em nossa região, os direitos sejam defendidos, exercidos e difundidos pelas próprias pessoas, por meio de organizações que as incentivem a continuar avançando.

LIC.MATÍAS FERREYRA
PRESIDENTE
UNIÃO LATINO-AMERICANA DE CEGOS

PROF. JULIO CÉSAR CANIZALEZ
PRESIDENTE
ICEVI AMÉRICA LATINA



CAPÍTULO 1. CONCEITOS GERAIS.

Autores:

- **Madrigal Flores, María. Docente De Educação Especial.** mestra Em Direito Internacional e Direitos Humanos, Costa Rica.
- **Oropeza Pérez, Gleydi Josefina.** Professora De Educação Especial, Venezuela.
- **Villafuerte Torres, Esperanza Haydée.** Especialista Em Políticas De Inclusão Social, Direitos Humanos, gênero e deficiência, Peru.



A União Latino-Americana de Cegos e o ICEVI América Latina apresentam este manual, cujo objetivo é abordar os aspectos relacionados com a reabilitação de pessoas adultas com deficiência visual (cegas, com baixa visão ou surdocegueira). O objetivo é que ele possa constituir-se num valioso contributo para profissionais envolvidos nesse processo na América Latina, bem como para organizações ou grupos de profissionais que desejem começar seu trabalho nessa área, ou ainda para funcionários(as) dos Estados, que desenvolvem as políticas destinadas a melhorar a situação geral dessa população.

Para isso, considera-se necessário fazer um breve percurso pelos paradigmas que ao longo da história influenciaram a abordagem da deficiência, incluindo conceitos que correspondem a eixos transversais do Modelo Social da Deficiência. Posteriormente, será oferecida uma retrospectiva sobre os marcos da reabilitação ao longo da história, com o objetivo de entender as tendências atuais na abordagem reabilitadora de pessoas com deficiência visual na América Latina e como ela tem evoluído, ou seja, compreender de onde viemos e para onde vamos. Por fim, nos aprofundaremos de forma geral nos conceitos relacionados com a deficiência visual e numa análise sobre as recomendações contidas na Observação Geral Número 5 do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, à luz da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

A percepção da deficiência vem evoluindo juntamente com o desenvolvimento da história humana. No entanto, essas mudanças de paradigma tiveram os seus momentos históricos, os quais podem ser identificados com maior clareza devido às respostas sociais, culturais e mesmo jurídicas que evidenciam o tratamento que essa população tem recebido. Mas para se chegar ao Modelo Social da Deficiência, não se pode deixar de lado o percurso dos direitos humanos e a sua incidência



nas mudanças de paradigma, onde se começou a conceber a ideia de que todas as pessoas eram igualmente dignas.

A deficiência como conceito teve igualmente a sua evolução, produto da interação das pessoas na sociedade, como menciona ale (2014) “o seu significado tem sido condicionado pelo tempo, pelo espaço e pela ideologia que o determina na sua cobertura designativa, podendo a sua significação ser quebrada face a novos paradigmas” (p.22).

Os conceitos que permearam a deficiência ao longo da história têm incidido diretamente nas abordagens para essa população a nível social, laboral, económico, educacional, político, legal e de serviços de saúde. No entanto, não se pode negar que essa população tem sido socialmente vulnerabilizada.

A Organização dos Estados Americanos (OEA) menciona o seguinte em relação à vulnerabilidade:

As pessoas em situação de deficiência são assim definidas porque vivem com uma série de obstáculos limitantes gerados pelo próprio entorno social, político, económico e cultural, que impedem o seu pleno desenvolvimento humano e social. (2016, p.162)

Quanto maiores as barreiras no ambiente, menor é o acesso a uma vida digna; ao aumentar a exclusão social, diminui-se o acesso a serviços e recursos, o que, conseqüentemente, aumenta a pobreza.

A vulnerabilidade ocorre em função da maneira como a sociedade se posiciona perante determinados grupos, nos diversos ambientes (familiar, racial, religioso, sexual, político e económico), referindo-se àqueles que são construídos a partir de estereótipos, papéis e práticas socioculturais estabelecidas numa comunidade; ou seja, as pessoas ou grupos que a sofrem costumam ser afetados por preconceitos e práticas discriminatórias em razão de suas características (Uribe e González, 2008, citado pela OEA, 2018, p. 41).



A vulnerabilidade é um fator que se pretende evidenciar a partir do Modelo Social da Deficiência, razão pela qual se considera necessário que a abordagem à população seja feita a partir de um enfoque de resiliência humana e coesão social. Desta forma, será possível tanto a implementação prática de ações concretas, quanto a criação conjunta de estratégias a nível social para reduzir a desigualdade e a exclusão.

De acordo com Palacios (2008), é possível identificar dois paradigmas prévios ao do Modelo Social da Deficiência. O da “Prescindibilidade”, que se subdivide no submodelo Eugênico (as pessoas com deficiência deviam ser exterminadas, por representarem um castigo religioso) e no submodelo de Marginalização (segregando-as em locais de assistência e caridade) e, ainda, o paradigma Reabilitador, no qual a ciência começa a se interessar pela origem da deficiência e a abordagem a esta população consiste em reabilitá-las para normalizá-las dentro da sociedade.

A mudança de paradigma também é influenciada pelos sobreviventes das guerras mundiais, pessoas que adquirem a deficiência em batalha, o que faz surgir a necessidade de lhes prover atenção e implementar serviços de reabilitação em hospitais militares. Após a Segunda Guerra Mundial, a população com deficiência visual é beneficiada graças ao desenvolvimento de técnicas de orientação e mobilidade a cargo de Richard Hoover, que desenvolve um programa de reabilitação para os veteranos de guerra que perderam a visão. A principal necessidade que se busca solucionar é que essa população consiga desenvolver as técnicas para se locomover de maneira segura e independente.

Uma das bases propostas pelo Modelo Social da Deficiência é a rejeição aos dois paradigmas anteriores:



"Em primeiro lugar, alega-se que as causas que originam a deficiência não são nem religiosas nem científicas, mas sim sociais ou, pelo menos, predominantemente sociais. Segundo os defensores deste modelo, não são as limitações individuais as raízes do problema, mas sim as limitações da própria sociedade para prestar serviços apropriados e para garantir adequadamente que as necessidades das pessoas com deficiência sejam levadas em conta dentro da organização social." (Palacios, 2008, pp.103-104)

Isso se reflete na frase referente à autonomia "**nada sobre nós sem nós**", devido ao fato de as pessoas com deficiência começarem a ter um papel mais protagonista na defesa dos seus direitos, rejeitando assim os paradigmas anteriores.

Por outro lado, Asís (2010) propõe que é a partir da aprovação da **Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)** que se tem um marco entre antes e depois em relação ao tratamento que essa população socialmente vulnerável tem recebido, que é precisamente a mudança de paradigma associado à deficiência, inclusive a partir de sua própria definição. Da mesma forma, é a partir da perspectiva promovida pela Convenção, de garantir a participação plena e efetiva das pessoas com deficiência na sociedade, que se podem erradicar os níveis de pobreza e alcançar avanços significativos em matéria de desenvolvimento humano e econômico com um sentido maior de pertencimento social.

O Modelo Social "redefine a deficiência em termos de ambiente incapacitante e coloca as pessoas com deficiência como cidadãos com direitos" (Ale, 2014, p.26). A partir dessa perspectiva, esse modelo redimensiona a deficiência partindo das pessoas com esta condição, que deviam adaptar-se à "normalidade", para as estruturas e condicionamentos sociais que limitam e impedem a participação plena e efetiva em igualdade de condições. Portanto, a abordagem, as



normativas e políticas públicas devem ser direcionadas para a inclusão e a equidade, assim como as contribuições e monitoramento que possam surgir das organizações de pessoas com deficiência como sociedade civil e a formação de profissionais para alcançar o que esse Modelo implica.

O desenvolvimento da proposta de um modelo social para a deficiência tem servido para:

- Fomentar o debate e análise em disciplinas como a sociologia, que se mantinha afastada do campo da deficiência.
- Estimular a participação na vida acadêmica de muitas pessoas com deficiência.
- Refletir sobre a "utilidade" dos currículos de formação de diferentes profissionais vinculados à deficiência.
- Modificar substancialmente a proposta classificatória da deficiência feita pela OMS e incluir de maneira mais precisa e operacional os aspectos do funcionamento pessoal e social dos indivíduos na sociedade. (Ale, 2014, p. 26)

Em virtude do exposto, considera-se que o Modelo Social da Deficiência levanta questionamentos, desafios e debates críticos sobre o impacto do ambiente, que devem envolver o trabalho cooperativo e interdisciplinar, a formação de redes de apoio e a participação da sociedade civil com e sem deficiência, para introduzir nas agendas de políticas públicas a nível local e internacional os desafios e metas que esse Modelo apresenta.

Ainda que possam ser identificados momentos históricos relacionados com os paradigmas sobre a deficiência, é indiscutível que atualmente os três convivem. Embora nas políticas estatais tenham sido feitos grandes esforços para promover a inclusão, a aceitação da diversidade, a equidade, a tolerância, o respeito e a não discriminação, não se pode afirmar que as sociedades se encontram atualmente no



paradigma do modelo social, devido ao fato de que essas mudanças ocorrem paulatinamente, porquanto envolvem todos os âmbitos humanos e são afetadas diretamente por múltiplos fatores que permeiam a cultura e, conseqüentemente, a percepção da deficiência.

Embora seja certo que a CDPD se reflita através desse paradigma, em mudanças relacionadas à erradicação de barreiras arquitetônicas, melhoria de produtos e serviços sob uma perspectiva de desenho universal, avanços na educação inclusiva nos níveis inicial, médio e superior, ainda há um longo caminho a percorrer em matéria laboral e na inclusão de pessoas jovens, adultas e idosas na sociedade.

No que diz respeito à população adulta e idosa com deficiência visual, há um sem-número de variáveis que afetam a vida dessas pessoas, tais como o momento em que se adquire a condição de deficiência, as necessidades que têm de acordo com a etapa da vida em que se encontram, o apoio familiar, o acesso a recursos econômicos e tecnológicos, o tempo de espera para receber os apoios segundo a sua condição, os condicionamentos sociais, os papéis de gênero e o conceito de qualidade de vida com todas as suas vertentes, incluindo o lazer e o entretenimento.

O Modelo Social da Deficiência defende que a sociedade civil tenha incidência para que as instituições responsáveis contem com os recursos materiais e humanos que garantam o desenvolvimento de competências que promovam a autonomia e independência das pessoas adultas com deficiência visual em cada etapa, o acompanhamento de suas famílias para que possam apoiar e não superproteger, para gerar redes de apoio a nível comunitário que garantam uma inclusão real e para que o serviço que implementem tenha continuidade e a mesma cobertura tanto na zona urbana como na rural.



Do paradigma do Modelo Social da Deficiência decorrem novos constructos que incidem diretamente na abordagem a esse grupo populacional. A própria definição apresentada no artigo 1 da CDPD menciona dois eixos transversais: as "barreiras" e a "participação".

Abril et al (2013) definem o conceito de barreiras como fatores que dificultam a participação e o desenvolvimento das pessoas, já que têm um impacto direto tanto no funcionamento dos órgãos e estruturas corporais quanto na realização das atividades da vida diária e no desempenho social. Entre esses fatores incluem-se aspectos relacionados com a acessibilidade no ambiente físico, a tecnologia, as atitudes da população perante a deficiência e os sistemas, serviços e políticas (p.42).

A partir dessa perspectiva, pode-se compreender que as barreiras são de ordem multifatorial, já que abrangem aspectos arquitetônicos, políticos, econômicos, sociais e atitudinais que incidem no acesso à educação, saúde, trabalho, justiça, lazer e entretenimento, entre outros. O conceito de barreira é tão amplo que considera-se fundamental incentivar pesquisas tanto a nível local quanto internacional, para melhor compreender o seu impacto e implementar estratégias sociais e políticas que facilitem a participação plena e efetiva dessa população.

Entre as barreiras de ordem multifatorial que as pessoas adultas com deficiência visual experimentam, encontram-se aquelas relacionadas com o acesso à informação, a informação visual, as atitudinais, os preconceitos e estereótipos, inclusive os relacionados com o papel de gênero que impedem sua participação devido à falta de equidade.

Com respeito à participação cidadã das pessoas com deficiência, Morales (2009) citado por Flores e Solsona (2020) menciona que "a relação entre deficiência e direitos humanos culmina no conceito de



cidadania, no entendimento de que o exercício pleno da democracia e a participação pública permitem que as pessoas com deficiência sejam vistas como sujeitos de direito, enfatizando que a plena inclusão social é alcançada no exercício da democracia" (p.193).

Uma participação cidadã plena e efetiva na sociedade definitivamente leva ao empoderamento das pessoas com deficiência. O verdadeiro empoderamento surge quando elas são consideradas não apenas sujeitos de direitos, mas também de deveres.

O conceito de participação remete a outros dois, que são inclusão e equidade. De acordo com Acosta (2013) citado por Ramírez (2015), inclusão pode ser entendida como:

Uma atitude que engloba o escutar, dialogar, participar, cooperar, perguntar, confiar, aceitar e acolher as necessidades da diversidade. Concretamente, tem a ver com as pessoas, neste caso, as pessoas com deficiência, mas se refere às pessoas em toda a sua diversidade. (p.215).

A inclusão engloba a abordagem de todas as barreiras anteriormente expostas para garantir uma participação plena e efetiva. Compreende a participação de todas as pessoas em condições que respeitem e garantam não apenas pertencer ou simplesmente estar, mas participar ativamente em condições de justiça social e equidade.

Quando nos referimos a pessoas em situação de deficiência, sob a perspectiva do modelo social, o que devemos entender é que trata-se de pessoas com diversas características físicas, sensoriais, psicossociais ou intelectuais, que se desenvolvem em cenários adversos, não projetados para responder à sua maneira específica de funcionar; cenários com múltiplas barreiras para a sua mobilidade, comunicação, compreensão ou desenvolvimento independente e que poderiam ser derrubadas mediante o fornecimento de apoios técnicos



e/ou adaptações razoáveis que desativem, amenizem ou eliminem a situação limitante. (OEA, 2016, p. 157-158).

A equidade, diferentemente da igualdade, enfatiza a implementação de adaptações razoáveis e o fornecimento de produtos de apoio às pessoas com deficiência de acordo com a sua condição, como resposta a uma verdadeira inclusão social.

Por fim, as propostas que se mantêm a longo prazo devem ser fundamentadas na participação das próprias pessoas com deficiência. É indispensável que os Estados implementem ações positivas com critérios de universalidade como eixos transversais das políticas públicas e planejamento orçamentário, que resultem em programas e ferramentas para que as próprias pessoas adultas com deficiência consigam se mobilizar socialmente e se empoderar, com o objetivo de que sejam elas mesmas a contribuir para melhorar sua qualidade de vida e, conseqüentemente, superar os níveis de desigualdade estrutural. As próprias pessoas com deficiência visual, organizadas em diversas figuras institucionais de caráter local, nacional e regional, trabalham para incidir no amplo espectro da política pública com a finalidade de incutir naqueles que têm poder de decisão a necessidade de incluir a temática da deficiência de forma transversal em todos os eixos de desenho de ações e políticas, de modo a gerar, lenta mas continuamente, uma melhoria nas abordagens, nos serviços especializados, na inclusão social, laboral, educacional e em todos os âmbitos do desenvolvimento humano.

Para alcançar este presente, é necessário descrever e analisar o decurso histórico da reabilitação na América Latina. Sotelano (s/d) manifesta que o verdadeiro auge da reabilitação ocorre no final da II Guerra Mundial devido às sequelas deixadas na população e pela epidemia de poliomielite. As deficiências musculoesqueléticas eram as



mais frequentes, daí o fato de os primeiros especialistas a se ocuparem desta temática terem sido os ortopedistas.

Quanto à deficiência visual, nessa mesma época e dada a quantidade de feridos de guerra que tiveram como seqüela uma diminuição ou perda visual total, nos hospitais militares de veteranos começa-se a buscar técnicas e estratégias que lhes permitam recuperar a sua autonomia, fundamentalmente no deslocamento, afastando os sentimentos de pena e inculcando-lhes a ideia de que poderiam superar sua situação com o seu próprio esforço, distanciando-se das ações de proteção que a sociedade oferecia naquele momento como resposta, mas que não favoreciam o desenvolvimento da autonomia pessoal.

Nessa busca por soluções, identificam-se duas ferramentas: a bengala branca e o sistema *braille*. Mas além disso muitas outras técnicas tiveram que ser incorporadas, as quais contribuíram para o alcance de uma independência mais completa e em muitas outras áreas da vida.

Um marco histórico importante é a fundação, no México, da Escola Nacional para Cegos e Deficientes Visuais no final do século XIX, época em que se produziu uma série de criações, elevando-se o atendimento da população latino-americana com deficiência visual, do ponto de vista educacional.

Somente em 1955 nos Estados Unidos é registrada a criação do primeiro Centro de Reabilitação para Jovens e Adultos com Deficiência Visual, o que mostra que o desenvolvimento desses espaços específicos para pessoas com deficiência visual é muito mais lento do que o desenvolvimento da reabilitação em geral.

Em todo o mundo, mas principalmente na América Latina, foi preciso esperar muito tempo para que se entendesse que as pessoas com deficiência visual têm capacidades e potencialidades que,



fortalecidas mediante técnicas compensatórias, permitem o desenvolvimento pleno da pessoa. A partir dessas abordagens mais completas, foram as próprias pessoas com deficiência visual que começaram a gestar uma nova perspectiva no tratamento da reabilitação.

Em 1958, a Guatemala introduz os programas utilizados nos Estados Unidos, e na década de 60 são criados os primeiros Centros de Reabilitação para Pessoas Adultas com Deficiência Visual na América Latina, na Colômbia e no Uruguai, irradiando-se o modelo de abordagem para toda a região a partir desses países.

Um fato que contribui para o lento desenvolvimento da abordagem da reabilitação é que em muitos países foi difícil que se entendesse que esta deveria estar nas mãos de profissionais especializados e não a cargo de pessoas cegas que, tendo mais competências de autonomia, as transmitiam aos seus companheiros de luta, mas que não tinham formação em reabilitação. Assim, lentamente a reabilitação foi encontrando lugares que, embora não lhe fossem próprios, como o âmbito educativo, ofereciam àqueles que adquirem uma deficiência visual ao longo da vida uma possibilidade de melhorar sua situação.

É evidente a importância que tem o surgimento da reabilitação visual como um ramo da reabilitação geral, levando em conta que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alerta sobre a existência no mundo de aproximadamente 1,3 bilhão de pessoas com alguma forma de deficiência visual. "Destas, 188,5 milhões de pessoas têm deficiência visual moderada, 217 milhões têm deficiência visual de moderada a grave e 36 milhões são cegas" OPAS (2023).

Outro acontecimento histórico relevante ocorre no final dos anos 70 do século XX, quando se realiza na Suécia a Reunião de Especialistas em Reabilitação Visual e chega-se ao consenso de recomendar um



modelo de atuação interdisciplinar em matéria de reabilitação visual. É importante mencionar que a interdisciplinaridade propicia a implementação prática de uma abordagem biopsicossocial da pessoa e, portanto, implica uma atenção mais integral, sendo considerado um grande passo para alcançar um melhor atendimento dessa população.

Constitui um marco importante na história da reabilitação para as pessoas com deficiência visual da região a publicação realizada pela União Latino-Americana de Cegos (ULAC) do "Manual técnico de serviços de reabilitação integral para pessoas cegas ou com baixa visão na América Latina" em 1999, fato influenciado pelo Fórum Mundial de Reabilitação, celebrado na Tailândia em 1994, que teve sua continuidade na cidade de Caracas, Venezuela, no ano seguinte, com o denominado Fórum Latino-Americano de Reabilitação. Ambos os eventos ressaltam a importância de atender, do ponto de vista reabilitador, a população com deficiência visual, tornando-se não apenas um grande aporte para esta população, mas um fato fundamental na história da reabilitação.

Nesses eventos são analisados aspectos como a formação técnica dos profissionais e técnicos, a localização geográfica dos serviços e o tipo de ações de reabilitação que se realiza nos Centros ou Institutos de Reabilitação de toda a América Latina.

Atualmente, existem múltiplos serviços de reabilitação para pessoas com deficiência visual na Região. No entanto, ainda se faz necessário avançar na ampliação da cobertura, já que geralmente continuam localizados nas grandes cidades, dificultando o acesso das pessoas que habitam em estados ou cidades distantes das grandes capitais a tais serviços.

É necessário que os governos vejam a reabilitação das pessoas que adquirem uma deficiência visual na idade adulta como um investimento e não como um gasto, promovendo políticas que gerem



espaços próprios para adultos, e não serviços oferecidos em escolas, onde o ambiente educacional desconhece que essas pessoas têm uma trajetória de vida e conhecimentos prévios que lhes permitirão, mediante um processo de reabilitação desenvolvido junto a especialistas formados e que respeitem suas particularidades, alcançar uma autonomia suficiente para voltar a ser membros socialmente participativos, capazes de contribuir com sua comunidade e que tendam ao fortalecimento do modelo social pelo qual se trabalha arduamente.

Desta forma, os Estados devem incluir em suas agendas a temática da reabilitação básica funcional para um momento posterior no qual possam decidir autonomamente sobre sua vida, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que incluem a temática da deficiência.

Em outras palavras, na abordagem da reabilitação da população adulta com deficiência visual é indispensável determinar os apoios requeridos de acordo com sua condição visual. Portanto, é necessário que nos aprofundemos nos conceitos de cegueira e baixa visão.

Na certeza de que conceitos sistêmicos e poderosos tanto da cegueira quanto da baixa visão são os que cada ator envolvido no processo de reabilitação das pessoas com deficiência visual necessita, a fim de que os Estados tornem efetivas as recomendações contidas na Observação Geral Número 5 do Comitê de Monitoramento da CDPD, que orienta as ações dos Estados em direção a resultados de vida independente, inclusão na comunidade, bem como ao exercício de direitos em igualdade de oportunidades e condições.

Este manual tem a intenção de formular conceitos além das acepções ou da caracterização médica, sem prescindir delas, é claro. Com o propósito de que estes sejam insumos suficientes a fim de desativar a perigosa tendência a despersonalizar os processos de



reabilitação para pessoas cegas ou com baixa visão, a propósito de um determinismo negativo que padroniza a abordagem e a consequente satisfação das novas necessidades em uma situação única. De tal modo que todos os indivíduos que enfrentam uma deterioração ou a perda da capacidade visual perdem sua diversidade e são atendidos encaixotados em uma situação de cegueira total, atual ou imediata futura, de acordo com um diagnóstico médico. Esta prática, muito habitual até alguns anos atrás, se expressa em sucessivas e insistentes restrições frequentemente impostas sobre as pessoas com baixa visão para impedir o uso de sua visão remanescente.

Nenhum indivíduo ou equipe de trabalho tem o direito de tomar decisões pelo outro ou outra e de privar qualquer pessoa da possibilidade de usar sua visão remanescente, caso assim o deseje, como um recurso de autonomia pessoal.

Baseado nesse direito, tem sido difundida permanentemente as necessidades e particularidades das pessoas com baixa visão e as diversas abordagens e ferramentas que facilitem sua maior autonomia, mediante múltiplas ofertas de formação às equipes profissionais.

A essa preocupação principal soma-se outra, também relevante, porque promove uma desnaturalização não menos perigosa do processo de reabilitação, onde o principal erro consiste em considerar que o mesmo deve ser conduzido como um processo de reescolarização ou reeducação, naturalizando que a pessoa que sofre uma perda ou diminuição significativa de sua capacidade visual também passa por um apagamento ou esquecimento dos saberes e da experiência de vida acumulados até o início desse processo.

Um detalhe que não se pode deixar de mencionar é que recentemente, com a pandemia de COVID-19, em muitos países se desenvolveram processos de apoio à reabilitação de maneira virtual, que naquele momento foram necessários, mas que consideramos não



ser a maneira de reabilitar, dado que a pessoa cega aprende a partir de um modelo, diretamente em suas ações, a fim de corrigir aqueles aspectos que podem levar a desenvolver uma ação inadequada em sua orientação e mobilidade, escrita *braille*, etc. Enfatiza-se que a reabilitação funcional deve ser realizada de maneira presencial, para assegurar sua efetividade no aspecto psicológico, social e funcional. Embora o trabalho virtual possa cobrir uma situação de emergência, não se poderá considerar o cumprimento dos objetivos de um Plano de Intervenção sem uma revisão presencial das técnicas compensatórias mais importantes para essa pessoa.

Além disso, nem todas as pessoas com deficiência visual, especialmente as que vivem em zonas rurais ou afastadas das grandes cidades, possuem acesso à tecnologia e conectividade.

Esse raciocínio, complementado aqui com o segundo parágrafo do Artigo 1º da Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência (CRPD), oferece maior precisão à definição anterior. "Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas." CRPD/ONU: Art.1º, 2008).

A OMS, na Classificação Internacional de Doenças — CID 11, (2018), definiu a deficiência visual em primeiro lugar como uma deficiência sensorial, considerando que a diminuição da percepção ou sensação ocorre no sentido da visão, de modo que, para a OMS, a deterioração da visão é categorizada em dois grupos: deterioração da visão para perto e da visão para longe.

A experiência individual da deficiência visual varia dependendo de muitos fatores diferentes. Influenciam, por exemplo, a disponibilidade de intervenções de prevenção e tratamento, o acesso à



reabilitação da visão (incluindo produtos de apoio como óculos corretivos, lentes filtrantes de cor ou bengalas brancas), e se a pessoa tem problemas devido à inacessibilidade dos edifícios, dos meios de transporte e da informação.

Considera-se que essas referências provenientes de um organismo tão exato em suas comunicações em âmbito internacional devem ser acolhidas com maior amplitude por todos os atores envolvidos no processo de reabilitação das pessoas com deficiência visual.

Realizadas todas essas observações introdutórias, é pertinente esclarecer que a cegueira e a baixa visão são interseccionais e transversais a duas outras situações de deficiência, a Surdocegueira e a deficiência múltipla.

Para tais efeitos, Álvarez afirma que a surdocegueira é uma deficiência que se configura pela interseção de duas deficiências sensoriais (visual e auditiva), as quais se manifestam em maior ou menor grau, e confronta as pessoas surdocegas com barreiras únicas de comunicação e de acesso à informação. Álvarez (2004:100)

Essas barreiras de interação com o ambiente se apresentam diferentes ou atípicas, embora coincidentes em alguns aspectos com os requerimentos de ajuste ou adaptação frequentes das pessoas cegas e/ou com baixa visão e das pessoas surdas ou com deficiência auditiva. Entretanto, demandam dos envolvidos no processo de reabilitação uma atenção focada nessa diversidade. Nesse sentido, e a fim de que o processo de reabilitação amplie seu espectro e cobertura de modo a atender de forma integral os requisitos de reabilitação das pessoas surdocegas, no presente manual as equipes de reabilitação encontrarão um capítulo dedicado à abordagem de tais requisitos, além de recomendações metodológicas e observações que transversalmente



possam ser encontradas em outros capítulos e referências incluídas neste manual.

No que diz respeito à deficiência múltipla, por sua vez, faz-se a advertência de uma menção bastante referencial desta situação de deficiência, visto que uma abordagem significativa dos requisitos de reabilitação próprios ou frequentes de pessoas com deficiência múltipla, que incluem situações de cegueira ou baixa visão, superam largamente todos os desafios acadêmicos e técnicos propostos com a redação do presente instrumento de trabalho.

Em consequência e levando em conta que aproximadamente 80% da informação necessária que uma pessoa média requer para a vida cotidiana é obtida através do órgão da visão, não é difícil compreender as dificuldades que as pessoas com deficiência visual podem ter ao realizar atividades da vida diária, que geralmente se aprendem a executar fazendo uso do potencial visual e observando terceiros, como familiares ou amigos, em contextos do lar.

Nesse sentido, a Organização Nacional de Cegos da Espanha (2023), afirma que a visão é fundamental para o desenvolvimento da autonomia e independência das pessoas, particularmente na infância, e que as alterações visuais podem limitar o desenvolvimento das mesmas.

Destaca-se, por fim, que os Estados tornem efetivas e de impacto as recomendações de resultados de vida independente, inclusão na comunidade, bem como o exercício de direitos em igualdade de oportunidades e condições, reivindicadas pelo Comitê na Observação Geral Número 5. O desenho, a fiscalização e a manutenção da política pública de reabilitação devem estar unidos na mesma abordagem centrada na pessoa, cuja vida não está começando com a aquisição da deficiência visual. É um(a) cidadão(ã), livre, com capacidade jurídica, uma pessoa conectada a um ambiente, com saberes anteriores e



experiência de vida, com opiniões, ideias ou planos e/ou metas de desenvolvimento já estabelecidos, que não se tem o direito de dismantelar simplesmente porque o profissional, o técnico reabilitador ou a autoridade da vez não sabe, não entende ou não os considera viáveis.



BIBLIOGRAFIA:

Abril, J., Clavijo, N., Guerra, L., Ramírez, C., Ramón, L. & Serrano, C. Barreras contextuales para la participación de las personas con discapacidad física. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 45, núm. 1, janeiro-abril, 2013, pp. 41-5 Universidad Industrial de Santander Bucaramanga, Colômbia. Disponible em: <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343833959006.pdf>

Ale, A. (2014) Convivencia paradójica de paradigma de discapacidad. Disponible em: [file:///C:/Users/maria/Downloads/Dialnet-ConvivenciaParadojicaDeParadigmasDeDiscapacidad-7316084%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/maria/Downloads/Dialnet-ConvivenciaParadojicaDeParadigmasDeDiscapacidad-7316084%20(1).pdf)

Asís, R. (2010) Sobre el modelo social de la discapacidad: críticas y éxito. Disponible em: <https://core.ac.uk/download/pdf/29406049.pdf>

Bueno Martin, Manuel; Definiciones y clasificaciones en torno a la discapacidad visual. La baja visión y la ceguera. (Interedvisual) Documento disponible en: <https://es.scribd.com/document/346329732/Definicion-de-baja-vision-y-ceguera-Manuel-Bueno-Martin-1-pdf> Acceso em 21/11/2022.

Flores, M. y Solsona, D. (2020) Participación ciudadana de personas con discapacidad y políticas públicas intersectoriales ofertadas por el Estado en la Región de Magallanes, Chile. Revista del CLAD Reforma y Democracia, No. 77, Jul. 2020, pp. 187-214, ISSN 1315-2378. Disponible em: <https://clad.org/wp-content/uploads/2021/04/077-07-SF.pdf>

León Gonzáles, Belkis Et Al. "EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN LA ATENCIÓN DE ALUMNOS CON BAJA VISIÓN"; Baja Visión (Low



Vision Book In Spanish) 2012, Grupo de Trabajo Baja Visión del ICEVI.

Organização dos Estados Americanos (2016) Equidad e Inclusión Social: Superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas. Disponible em:

http://www.oas.org/docs/inclusion_social/equidad-e-inclusion-social-entrega-web.pdf

Organização dos Estados Americanos (2018) La inclusión social desde los derechos humanos.

Disponible em:

<https://biblat.unam.mx/hevila/COFACTOR/2018/vol7/no14/2.pdf>

Organização Mundial da Saúde, OMS. (2023). [Página da Web]. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/salud-visual> [Consulta: 10 jan. 2023]

Organização Mundial da Saúde (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, —CIF.

Organização Mundial da Saúde. Apartado Ceguera, datos y cifras.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>; Consulta em 21/11/2022

Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE). Apuntes sobre rehabilitación visual. Guías (1994). Madrid. [Página da Web]. Disponible: <https://www.once.es> [Consulta: 10 jan 2023]

Organización Nacional de Ciegos Españoles — ONCE: <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual>>; Consulta em 21/11/2022.

Organización Nacional de Ciegos Españoles — ONCE; “Discapacidad visual y autonomía personal Enfoque práctico de la rehabilitación”. Col. MANUALES Primera edición: septiembre de 2011.



CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZAÇÃO GERAL DA REABILITAÇÃO.

Autores:

- **Cabrera Alboa, Luis Ignacio.** Bacharel Em Psicologia, Uruguai.
- **Guarachi Coyo, Marina.** Bacharel Em Ciências Da Educação, Bolívia.
- **Ramírez Zegarra, Ximena.** Mestre Em Psicologia, Peru.



"NÃO PERMITA QUE NINGUÉM DEFINA SEUS LIMITES, O ÚNICO LIMITE É A SUA VONTADE."

CONTEXTUALIZANDO A REABILITAÇÃO.

A deficiência visual adquirida, seja sob a modalidade de cegueira ou baixa visão, é uma dura realidade que gera uma série de modificações a nível biopsicossocial no ser humano afetado por ela. Não há soluções nem caminhos fáceis para se sobrepor a uma perda tão transcendente.

A pessoa manifesta fatores psicoemocionais, invariavelmente presentes, como a ansiedade, a depressão e a baixa autoestima, somadas à tristeza e ao desânimo, características comuns que surgem diante da presença de uma perda. Por outro lado, a deficiência visual adquirida gera emoções de medo, vergonha, dependência e isolamento total em casos de cegueira.

Social e ambientalmente, interrompe-se o espaço de comunicação imediata para com o outro e o mundo em geral, já que a percepção visual desempenha um papel muito importante para construir nossa confiança.

Após a deficiência visual, a pessoa apresenta inicialmente um padrão de resposta automático emocional-defensivo, auto mensagens negativas, emissão de julgamentos etc., podendo chegar à uma interpretação distorcida baseada em crenças prévias de rejeição e isolamento que condicionam sua interpretação.

Pode ocorrer que a pessoa perca também a orientação espacial e as destrezas básicas na área físico-motora (caminhar, correr, saltar, subir degraus, capturar, entre outros), perda de equilíbrio, coordenação, caminhada lenta, problemas de lateralidade e mudanças na postura. Além do trabalho com esses fatores, é necessário trabalhar de acordo com o nível sociocultural (leitura, escrita, matemática,



preparação de alimentos, organização da casa, cuidado e higiene pessoal etc.).

No caso da baixa visão, é essencial diferenciar condutas e atitudes. Essa "zona cinza", entre o ver e não ver, leva a pessoa a não confrontar sua deficiência visual, retardando o processo de aceitação, por estar em uma busca permanente de uma "cura" para a recuperação da visão perdida ou querer "ver mais", mostrando grande resistência em assumir os apoios requeridos (auxílios ópticos) que lhes permitam desfrutar de sua autonomia sem se colocar em risco e com melhores resultados.

A avaliação do ambiente da pessoa com deficiência visual também é importante. Entende-se que, com a deficiência adquirida e diante da falta de conhecimento de suas potencialidades e do desenvolvimento das mesmas, os papéis no seio familiar são alterados, por conta dos medos e angústias que surgem e das limitações resultantes da superproteção exercida pelos familiares do convívio próximo. Em geral, a família não sabe o que fazer, convivem o desconcerto e sensações de angústia com impotência de resolver, sendo ela quem deve assisti-los e oferecer o principal suporte para seu desenvolvimento, diante da precariedade de um Estado que habitualmente não está presente na atenção de sua saúde, trabalho, educação, reabilitação, seguridade social e prevenção.

Além disso, em um ambiente comunitário, convive-se com as emoções de superproteção, isolamento, rejeição, apoio social, fuga, indiferença etc., o que contribui para aumentar a solidão e a estagnação da pessoa com deficiência visual; por isso, é importante também que a sociedade conheça de que forma deve se comunicar com a pessoa cega ou com baixa visão e prestar-lhe seu apoio de forma eficiente.



O processo de reabilitação busca divulgar e compartilhar um conjunto de medidas (técnicas compensatórias) e de ações (novas estratégias) que viabilizem uma integração total da pessoa com deficiência visual na sociedade. Todo processo de reabilitação é próprio e deve estar centrado na pessoa, que começa a percorrer um processo interno que a leva a viajar a partir desse primeiro estado psicoemocional ora descrito, para explorar um novo caminho de vida com a apropriação das técnicas compensatórias e estratégias que lhe permitem recuperar sua autonomia, sua autodeterminação e seus papéis perdidos. Tudo isso significa para ela a conquista de uma nova autonomia e independência, seja para retomar seu projeto de vida ou modificá-lo, caso necessário.

Como objetivo primordial de todo processo de reabilitação, tem-se a aceitação da nova condição como pessoa cega ou com baixa visão e do próprio reconhecimento como um ser humano capaz de seguir crescendo e se desenvolvendo dentro da sociedade, seguindo o caminho de suas novas possibilidades, sonhos e projetos realizáveis, tanto no campo da educação quanto do trabalho, no âmbito social e familiar (cumprindo também a família com suas obrigações no papel em que se encontre), tomando consciência de suas limitações e de suas potencialidades, sendo responsável e defendendo também seus direitos, de acordo com sua idade e maturidade.

Nesse processo também participam, necessariamente, outras instituições e a família, bem como diferentes especialistas que contribuam e combinem ao máximo seus conhecimentos profissionais e vocação de serviço, tendo muito claro o objetivo comum de seu trabalho em equipe, orientado à reinserção social e familiar da pessoa a se reabilitar, com a valorização de si própria, confiança, segurança, autonomia, integração, organização do papel e lugar que ocupa dentro



de seu entorno familiar, sociedade e trabalho necessários, para que prossiga no caminho de sua vida.

Quem faz parte dessa equipe deve acreditar e estar convencido de que a mudança é possível, saber como derrubar os preconceitos da sociedade, da família e inclusive da própria pessoa com deficiência, manter equilíbrio emocional próprio, ser responsável, objetivo e flexível, autocrítico (aceitando também críticas construtivas), ter atitudes otimistas e realistas, não abrigando nem transmitindo expectativas excessivas que poderiam conduzir a frustrações dolorosas, ser atento às conquistas e capaz de saber assumir também os fracassos.

A equipe deve estar consciente de que o que se compartilha não é somente um programa de técnicas e procedimentos, mas sim que se executa em conjunto um plano de intervenção, que contribui para o desenvolvimento de um processo de reaprendizagem, início de um novo começo, através do qual se consegue construir ou desenvolver internamente uma nova autonomia e independência para a pessoa com deficiência visual. Será parte de uma mudança pessoal que implique a utilização de todos os recursos intelectuais, físicos e materiais, cuidado e atenção de emoções que se coadunam para gerar a recuperação da autoconfiança e a revalorização da potencialidade própria de um ser humano, o eu interno.

Através do processo de reabilitação, o participante irá assumindo e superando gradualmente o desafio de sua própria autonomia, sendo capaz de estabelecer metas, tomar decisões, resolver seus próprios problemas, buscar ajuda e reconhecer suas capacidades e limitações.

Ora, toda reabilitação também estará condicionada:

Pelas potencialidades, aspirações, necessidades e experiências da pessoa.

- Pelo compromisso e vontade da pessoa.



- Pela eficiência, idoneidade e acolhimento da equipe reabilitadora.
- O tempo que cada pessoa requer para desenvolver ao máximo suas potencialidades “Manual técnico de serviços de reabilitação integral para pessoas cegas ou com baixa visão na América Latina, pp13. 2010”.

CONCEITO E MODELOS DE REABILITAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a reabilitação como «um conjunto de intervenções destinadas a otimizar o funcionamento e reduzir a deficiência em pessoas com condições de saúde na interação com o ambiente».

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), propõe que “a reabilitação é um conjunto de intervenções desenhadas para otimizar o funcionamento e reduzir a deficiência em indivíduos com condições de saúde em interação com o ambiente. A condição de saúde se refere a uma enfermidade (aguda ou crônica), transtorno, lesão ou trauma.

Assim, temos que a reabilitação é um processo pelo qual a pessoa com deficiência visual consegue apropriar-se das técnicas compensatórias e ferramentas que lhe permitam alcançar um estado funcional otimizado; isto é, o objetivo principal de toda reabilitação é que o sujeito alcance a máxima autonomia e independência com a segurança necessária para a execução de tarefas.

O termo reabilitação se refere, portanto, a voltar a habilitar uma pessoa em determinadas funções ou atividades que já realizou em algum momento e que, por sua nova condição visual, não está podendo desempenhar, bem como a realizar atividades que antes não havia implementado e que, nesta nova situação de vida, pode desenvolver. A pessoa tem oportunidades de novas aprendizagens que anteriormente não havia podido descobrir como parte de seu interesse.



Muitos também alcançam metas interrompidas ou sonhos não realizados, por causa da reabilitação.

A reabilitação se refere a um processo profundo e interno da pessoa com deficiência visual que demanda a intervenção de técnicos especialistas que intervêm com o objetivo de oferecer ferramentas necessárias a fim de potencializá-las e automatizá-las visando o benefício de se conseguir novamente autonomia e independência.

“A pessoa em seu processo de reabilitação elaborará um novo projeto de vida onde seguirá seu caminho, mas em alguns momentos o fará de forma diferente”

A pessoa com deficiência visual que começa um processo de reabilitação deve participar de forma ativa, sendo sujeito do mesmo, inclusive fazendo parte da confecção do plano de intervenção, por ser quem apresenta as dificuldades e quem melhor sabe quais são suas necessidades a trabalhar.

A equipe técnica contribui com seu saber e toda sua caixa de ferramentas a serviço do processo, mas a construção do plano de intervenção se realiza em conjunto entre quem solicita reabilitar-se (participante) e a equipe que o assiste (profissional ou técnico reabilitador). Neste ponto não podemos deixar de mencionar a importância do acompanhamento da família no desenvolvimento do processo.

É importante levar em conta a distinção entre processo de reabilitação, programa de reabilitação e plano de intervenção:

- O processo de reabilitação tem a ver com o percurso que uma pessoa com deficiência visual realiza ou atravessa, com todas as implicações e vivências, no decorrer de sua reabilitação. Este processo é interno, pessoal e encontra-se sempre transversalizado por



diferentes fatores, sociais, econômicos, formativos, laborais, familiares, entre outros, que devemos levar em conta e integrar nesse novo caminho. Em suma, cada pessoa com deficiência visual percorre seu próprio processo de reabilitação.

- O programa contém toda a informação das áreas a serem trabalhadas e o conjunto de técnicas que podem ser incorporadas, tais como: Orientação e Mobilidade (O&M), Educação Física, Atividades da Vida Diária (AVD), Estimulação Multissensorial, Leitura e Escrita em Sistema Braille, informática acessível, Reabilitação em Baixa Visão, entre outras (como se poderá apreciar nos capítulos correspondentes) para o alcance do objetivo requerido. Cada área tem seu programa e este se mantém sem modificações, salvo a incorporação de novas técnicas ou avanços tecnológicos, por isso é importante que a pessoa conheça todas as áreas no processo de admissão, para que possa decidir qual área necessita ou deseja praticar, a qual se tornaria seu plano de intervenção.

- O plano de intervenção se constrói a partir das informações coletadas no momento da entrevista e na avaliação inicial entre a equipe reabilitadora e a pessoa que inicia seu processo de reabilitação. É realizada uma seleção das técnicas, formas de abordagem e estratégias de cada programa, vinculadas às demandas que os participantes trazem, e das necessidades que a equipe técnica detecta. No intercâmbio entre as duas partes, confecciona-se este plano de intervenção que é sempre personalizado e deve incluir os recursos externos e adicionais com os quais se poderia contar para sua intervenção.

O Plano de Intervenção tem como objetivo implícito recuperar a tomada de decisões da pessoa que, ao adquirir a deficiência visual, perde papéis pré-estabelecidos ou a capacidade de tomar decisões, sendo receptora do que seu entorno considera melhor para ela.



Diferentemente de um programa de reabilitação, o Plano deve ser flexível, dinâmico, porque deve estar de acordo com o ritmo de aprendizagem de cada pessoa e de como esta avança em seu processo interno. Por exemplo, uma pessoa idosa com deficiência visual de zona rural sem instrução não seguiria o mesmo plano de intervenção de um jovem universitário da capital urbana.

É de suma importância pensar os processos de reabilitação de cada pessoa com um olhar integral, considerando as especificidades de cada um em direção à concretização de sua autonomia e independência.

MODALIDADES DE REABILITAÇÃO:

- **REABILITAÇÃO INSTITUCIONAL** (integral): É aquela que se desenvolve no âmbito da Instituição, no local institucional. A pessoa cega ou com baixa visão participa da reabilitação dependendo do plano de intervenção modelado conforme seus interesses e necessidades próprias. A pessoa que se reabilita passa, primeiramente, por um processo de avaliação inicial, admissão e, como parte de seu Plano de Intervenção, recebe assistência social e acompanhamento psicológico para superar o luto da deficiência, visando a aceitação. A reabilitação contempla em sua etapa inicial a aprendizagem das técnicas compensatórias de Comunicação, AVD, Orientação e Mobilidade, estimulação sensorial e/ou Terapia Ocupacional, Adaptações Tecnológicas necessárias para fortalecer sua autonomia e independência (Reabilitação Básica Funcional), bem como sua inclusão, seja no campo educacional, profissional, familiar ou comunitário.

- **REABILITAÇÃO EM DOMICÍLIO:** É aquela que se desenvolve no próprio domicílio da pessoa com deficiência visual. Da mesma forma, realiza-se um processo de entrevista e avaliação inicial para



identificar as técnicas compensatórias que se demanda aprender. Recebe igualmente assistência social e acompanhamento psicológico. Esta modalidade é favorável para pessoas com outras dificuldades que limitam seu deslocamento até a sede institucional ou que vivem em lugares razoavelmente afastados da mesma.

- **DESENVOLVIMENTO INCLUSIVO COMUNITÁRIO:** Refere-se à reabilitação que se desenvolve com a intervenção da comunidade. Identificam-se, no âmbito da comunidade, pessoas que possam ser capacitadas para assumir a tarefa de reabilitar no âmbito local. A Instituição pode seguir acompanhando com assistência social e serviço de psicologia. Esta modalidade é desenvolvida em zonas afastadas dos serviços, os quais geralmente estão localizados nas grandes cidades e não oferecem cobertura em zonas rurais ou de difícil acesso.

- **ABORDAGEM REMOTA OU A DISTÂNCIA:** Complementarmente, devemos considerar que, em razão da pandemia, as instituições se viram obrigadas a gerar uma plataforma de trabalho a distância, utilizando a tecnologia para poder realizar, da forma mais próxima possível, o serviço de reabilitação. Acerca desta modalidade serão oferecidas informações nos diferentes capítulos do presente Manual.

ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

- **PARTICIPANTE:** É aquela pessoa que apresenta a deficiência visual, a qual desempenhará o papel de protagonista de seu processo de reabilitação, e que a princípio apresenta instabilidade emocional, temor, vergonha, insegurança e baixa autoestima; de decidir sua própria vida, passou a que outros(as)) decidam por ele(a), o que gera alta dependência e que, mediante esse processo de reabilitação, irá recuperando sua autonomia, sua capacidade de



decisão, sua autoestima, seus papéis familiares e sociais e sua autodeterminação.

- **PROFISSIONAL OU TÉCNICO REABILITADOR:** É quem faz parte de uma equipe técnica que se encarrega de proporcionar à pessoa com deficiência visual todas as técnicas, ferramentas e estratégias que lhe permitirão recuperar sua autonomia e independência pessoal; entre estes podemos mencionar o(a) psicólogo(a), assistente social, terapeuta ocupacional, docente especialista em Educação Especial e em Educação Física, ótico(a) ou optometrista, especialista em reabilitação visual, entre outros.

- **FAMÍLIA:** São as pessoas do entorno próximo ou significativo que diretamente participarão do processo de reabilitação da pessoa cega ou com baixa visão, as quais devem gerar espaços de autonomia e não de superproteção, permitindo a aplicação em casa de tudo o que foi aprendido no serviço de reabilitação, dando-lhe inclusive o acompanhamento e confiança necessária.

A inter-relação entre estes três atores é fundamental para que o processo de reabilitação se produza de forma otimizada; no entanto, podemos assinalar que:

- Sem uma família que acompanhe, dê suporte e gere autonomia, o participante poderá realizar igualmente seu processo, com apoio psicológico que o fortaleça e compense a ausência de um vínculo familiar mais adequado e saudável, se conseguir se desapegar das amarras ou conflitos que possam interferir em seu processo;

- Sem uma equipe profissional capacitada que saiba adequar-se a seus desejos e necessidades, a pessoa também poderá reabilitar-se, mas assumindo para isso que deverá atravessar o caminho que lhe marcarem, para depois selecionar o que lhe sirva;



- Sem a participação ativa, comprometida e esforçada da pessoa que adquire uma deficiência visual, nenhum processo será possível.

Na hora de pensar e trabalhar em um processo de reabilitação é fundamental que entre o participante e o profissional ou técnico se construa um vínculo de confiança, razão pela qual destacamos alguns pontos a se levar em conta no âmbito desta relação.

O participante reage não só diante do que aprende, mas também diante da atitude que percebe do profissional ou técnico reabilitador. Algumas dessas reações são facilmente observáveis, mas outras que não são fáceis de reparar, podem afetar diretamente a aprendizagem.

Por isso, as características psicológicas do profissional ou técnico reabilitador cumprem um papel importante, bem como aquelas próprias do participante, suas habilidades, potencialidades e limitações. Os sentimentos que possam surgir cumprem também um papel importante e determinante, já que vão afetar diretamente o processo de reabilitação.

Assim, se o profissional ou técnico reabilitador compreender a situação emocional durante o processo de reabilitação, poderá ter maiores ferramentas para controlá-lo, prevê-lo e dirigi-lo e ajudar o participante a resolver certas situações de crise. E, ainda, ensinar-lhe a valorizar-se, para conseguir que fortaleça sua autoestima e a confiança em si mesmo.

Além disso, é preciso levar em conta fatores gerais como a idade, o sexo, condições físicas, a percepção subjetiva etc., já que se deve ter a capacidade para estabelecer com o participante uma relação acolhedora, de apreço e livre de angústias, o que se pode resumir em três variáveis: acolhimento, empatia e autenticidade.

Outro ponto a considerar são as expectativas do participante a respeito de suas próprias metas e as metas do profissional ou técnico



reabilitador. Aqui se deve considerar a clareza e especificidade da comunicação entre ambos. Em toda relação entre profissional ou técnico reabilitador e participante, deve-se reduzir ao máximo a verticalidade, o sentimento de inferioridade ou submissão do participante, evitando que se outorguem ao profissional ou técnico reabilitador características de onipotência e poder. Este deve procurar reforçar positivamente, a todo momento, cada uma das conquistas daquele.

Cada profissional ou técnico reabilitador cumpre um papel dentro do processo de reabilitação que está associado à figura de modelo, que deveria ser positivo em relação ao objetivo da reabilitação do participante e que tem maior responsabilidade se falarmos de uma pessoa com deficiência visual nesse papel; portanto, deve possuir características tais como: segurança pessoal, autoaceitação, estar livre de angústias, tolerância às frustrações, entre outras que visem melhorar a autoestima. Estabelecer um bom vínculo positivo é fundamental para poder realizar um processo de reabilitação eficiente.

- “Em resumo, o profissional ou técnico reabilitador deve apresentar as seguintes características, que podem favorecer o processo de reabilitação:
 - Auto-conhecimento;
 - Boa autoestima;
 - Ser uma pessoa segura de si;
 - Capacidade empática.
 - Ser acolhedor(a);
 - Vocação para estar a serviço;
 - Atitude livre de preconceitos, estereótipos, não discriminação;
 - “Controle da verticalidade”;
 - Transferência/Contratransferência;



- Habilidades comunicacionais: saber escutar e interpretar, ser assertivo (saber escutar os sentimentos negativos do participante, refletindo sobre a maneira de fortalecer a segurança e oferecer apoio, por exemplo).
- “Manter a distância profissional de acordo com o cargo” (Manual técnico de serviços de reabilitação integral para pessoas cegas ou com baixa visão na América Latina, pp 18. 2010);
- Gozar de saúde mental;
- Inteligência emocional;
- Manejo das reais expectativas do participante;

“Por fim, todas estas características devem levar o profissional ou técnico reabilitador a saber e sentir que é parte de uma equipe e que os resultados obtidos são conquistas de um trabalho conjunto.” (Manual técnico de serviços de reabilitação integral para pessoas cegas ou com baixa visão na América Latina, pp19. 2010)

ABORDAGEM À DISTÂNCIA NA REABILITAÇÃO

A partir da problematização e ressignificação das intervenções profissionais em contexto de pandemia, apostando na construção coletiva de estratégias alternativas às existentes, busca-se desenvolver uma abordagem interdisciplinar, a fim de garantir ações integrais em torno do processo de reabilitação dos indivíduos em contexto de emergências sanitárias ou similares.

Nesse sentido, cabe mencionar que: “A interdisciplinaridade ou a abordagem interdisciplinar é um enfoque que hoje atravessa o campo das ciências e das práticas, cuja aparição no debate é parte de uma crise dos conceitos tradicionais do conhecimento científico moderno e, por sua vez, uma necessidade que se impõe frente à



complexidade dos problemas que se apresentam. Na saúde, implica uma conceituação do processo de saúde-doença-cuidado que se dissocia da tradicional abordagem individual-biológica da doença para introduzir a dimensão coletiva e subjetiva do fenômeno.” (Alicia Stolkiner: pág. 2: 2012)

Em 11 de março de 2020 a OMS (Organização Mundial da Saúde) declarou a pandemia por Covid-19. Essa irrupção se apresentou como um fenômeno inédito e de alta complexidade, impondo-se uma crise sanitária global, agravando e acentuando situações de vulnerabilidade e falta de equidade econômica, social e cultural em nível global.

Nessas circunstâncias, a ONU (Organização das Nações Unidas) ressaltou a importância de considerar a saúde mental das pessoas, as consequências que o isolamento físico poderia acarretar, o medo de se contagiar, a perda de uma rotina, a angústia pelos problemas econômicos, a preocupação devido à incerteza sobre o que iria acontecer, a mudança de estilo de vida e a possibilidade de se deparar com a morte.

O cotidiano foi abalado a partir da emergência sanitária mundial, impactando não apenas os espaços de trabalho, mas incidindo na totalidade dos âmbitos da vida diária, transformando a percepção em torno do tempo e do espaço, tanto dos(as) integrantes da equipe técnica quanto dos(as) próprios(as) participantes.

A forma de interação social foi modificada, preponderantemente através dos meios audiovisuais e dispositivos móveis, e impôs-se o distanciamento físico, como um meio de autocuidado e cuidado do outro. Isso determinou processos de isolamento de vínculos primários, secundários e redes de apoio, o que impactou cada pessoa de forma significativa e subjetiva.



Nesse sentido “(...) aumentam as probabilidades de se padecer de depressão, ansiedade social, transtornos do sono, risco de deterioração cognitiva, demência, estresse” (Monczer, 2018). Por sua vez, isso repercutiu nas estratégias de autocuidado dos indivíduos e da continuidade no processo de reabilitação, da forma com que vinha sendo realizado. Essa realidade obriga a gerar novas estratégias de intervenção para seguir acompanhando, atendendo e dando continuidade aos processos de reabilitação no contexto de um trabalho a distância.

Fez-se então imprescindível reestruturar-se como grupo de trabalho, construir e criar novas estratégias e modalidades de se chegar até os participantes e atender a necessidades novas que, em muitos casos, interferiam seriamente no processo de reabilitação em curso. Muitos serviços deixaram de funcionar diretamente, por não contar com recursos tecnológicos ou humanos que pudessem dar resposta àquela situação extraordinária, enquanto outros conseguiram, mediante ações criativas, inovadoras e interdisciplinares, continuar seu trabalho oferecendo múltiplos espaços de apoio, estabilidade e progresso nos processos individuais de cada participante.

Neste Manual serão oferecidos também tais aprendizados obtidos em situação de Pandemia, para que possam ser rapidamente levados em conta e organizados em circunstâncias que, mesmo sem ser uma Pandemia Mundial, impeçam o normal funcionamento de um serviço, seja por questões de acessibilidade ou porque o participante não pode ir à sede por algum motivo, ou porque seus familiares mais próximos vivam em outras cidades ou países, entre outros.

Esperamos, com estas sugestões, contribuir, sempre que os recursos tecnológicos do local onde reside o participante e a



capacitação profissional o permitam, para que os participantes não interrompam seu processo por questões alheias ao seu estado de saúde ou situação familiar.

Por fim, desejamos esclarecer que essa abordagem virtual é muito favorável para acompanhar em casos de isolamento e sustentar os objetivos alcançados em cada Plano de Intervenção, mediante a implementação de diversos exercícios e atividades que possam ser abordados através da modalidade virtual; dessa forma, será possível avançar no processo, mas de maneira alguma pretendemos dizer que se possa fazer reabilitação a distância ou por meios virtuais. Trata-se de uma intervenção paliativa diante de uma situação extraordinária, que não consiste em uma modalidade de reabilitação, mas sim acompanha o participante, apoiando-o e oferecendo-lhe a possibilidade de progressos mínimos ou muito lentos, que ao retorno ao trabalho presencial deverá retomar e reavaliar para confirmar que as técnicas indicadas se aplicam corretamente. O participante não poderá terminar seu processo de maneira virtual sem uma verificação presencial de técnicas específicas como, por exemplo, o uso da bengala branca de segurança, ou o uso de auxílios ópticos ou elementos de culinária.

Em síntese, a reabilitação, como foi dito, é um processo pelo qual uma pessoa que adquiriu uma deficiência visual passa, mediante a implementação de um Plano de Intervenção levado adiante por um profissional ou técnico em reabilitação, com o apoio eficiente de sua família ou entorno significativo. Todas as modificações que se realizarem nesta vinculação afetarão diretamente o tempo necessário para atravessar o processo e a qualidade do serviço oferecido.

Na interação favorável e melhor disposta dos atores intervenientes, o processo de reabilitação transcorrerá com o



esforço de todos, em mútuo acompanhamento com a vinculação mais saudável que devolva à pessoa com deficiência visual o desejo de replanejar-se e desenvolver seu projeto de vida.



BIBLIOGRAFIA

Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Comissão Especial de Deficiência, Congresso da República do Peru, 2007.

Entrevista com a Lic. Leyda Ferrel, Psicóloga do Centro de Reabilitação de Cegos de Lima – CERCIL.

Entrevista com a Lic. Jazmín Cuicapuza, Tecnóloga Médica do Centro de Reabilitação de Cegos de Lima – CERCIL.

Entrevista com o Prof. Renee Ramírez, Técnico Reabilitador do Centro de Reabilitação de Cegos de Lima – CERCIL. Novembro, 2022

Entrevista com a Sra. Claudia Zegarra, Diretora Executiva do Centro de Reabilitação de Cegos de Lima – CERCIL Dezembro, 2022.

Entrevista com a Prof. Elena Dongo, Técnica Reabilitada do Centro de Reabilitação de Cegos de Lima – CERCIL. Dezembro, 2022

As pessoas com deficiência no Plano Nacional de Direitos Humanos 2006-2010. Centro de Assessoria Laboral do Peru – CEDAL, 2008.

As políticas de integração laboral das pessoas com deficiência em debate. Reunião técnica sobre a aplicação do Convênio No. 159 da OIT na América Latina. Escritório Internacional do Trabalho Genebra, Escritório Regional para a América Latina e O Caribe, Lima. Santa Fé de Bogotá, 1993.

Lopera Restrepo, G.; Aguirre Patrone, Á.; Parada Ceballos, P. y Baquet Quiñones, J. R. (2010) Manual Técnico De Serviços De Reabilitação Integral Para Pessoas Cegas Ou Com Baixa Visão Na América Latina União Latino-Americana De Cegos. ULAC

Revisão relatório sobre o curso regional latino-americano de formação de pessoal para a reabilitação profissional de cegos, Costa Rica, 1983.

Escritório Internacional do Trabalho, Agência Finlandesa para o Desenvolvimento, 1ª ed, 1984 (OIT).



CAPÍTULO 3. INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICAS COLABORATIVAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL.

AUTORAS:

- **Horisberger, Mercedes Carmen.** graduada Em Terapia Ocupacional, Argentina.
- **Ramírez Mendoza, Nelly Del Valle.** Especialista Em Surdocegueira E Deficiência Múltipla, Venezuela.



**“Sozinhos podemos fazer muito pouco;
juntos podemos conseguir muito mais”.**

Hellen Keller.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, o trabalho em equipe tem sido fundamental para a solução de um problema ou em uma situação particular. Isso implica diferentes relações entre os indivíduos e seus conhecimentos; portanto, cada grupo representa uma unidade heterogênea que possui suas próprias perspectivas e estratégias de abordagem para o alcance de metas, objetivos ou de soluções específicas.

Na América Latina, as instituições e organizações que oferecem reabilitação estão organizadas por especialidades ou disciplinas que trabalham em equipe para a abordagem das pessoas com deficiência.

Cabe destacar que existe uma notável diferença entre os processos de reabilitação em deficiência visual e em Surdocegueira, ou seja, as intervenções e abordagens são divergentes, o que é levado em consideração para realizar o trabalho em equipe e a metodologia a ser empregada.

A seção seguinte compreende aspectos relacionados com as práticas interdisciplinares e colaborativas como enfoques de trabalho significativo e pertinente para a reabilitação funcional de adolescentes, jovens, adultos e idosos com deficiência visual e com Surdocegueira, processos que deverão levar em conta as necessidades e características individuais dessas pessoas.

INTERDISCIPLINARIDADE.

Inicialmente, faz-se referência a um processo complexo tão particular e subjetivo como a reabilitação básica funcional de pessoas



com deficiência visual (cegueira ou baixa visão); para isso, é necessário pensar em soluções coletivas que ultrapassem as disciplinas individuais.

Especificamente, para o processo de reabilitação de pessoas com deficiência visual, sugere-se o trabalho de equipe de profissionais ou técnicos capacitados nessa temática que, por sua vez, tenham a disposição de adquirir um senso de grupo.

Cada equipe com seu modelo e enfoque particular estrutura um grupo único com papéis estabelecidos, metas, regras, comunicações, diferenças etc. Deve, assim, ter a capacidade de se adaptar às mudanças que possam ocorrer e também avaliar a eficácia do funcionamento do grupo.

O prefixo *inter* (entre), indica que entre as disciplinas será estabelecida uma relação. Como aponta Nuñez García (2007) “o modelo interdisciplinar” é definido como o processo de geração de conhecimentos com vista à ação; categoria do conhecimento colocada em relação direta com a prática”.

Já Barbero (2004) propõe que a interdisciplinaridade é trasladar métodos de uma disciplina a outra, realizando modificações no funcionamento de cada uma delas. Ou seja, não se trata somente de transmitir informação, mas de mudanças epistemológicas ao começar a mesclar métodos de diferentes especialidades e da possibilidade de novas descobertas: “[...] combinar diferentes saberes e objetos disciplinares gera, sem limitação aparente, a existência de mundos inéditos e singulares.” (FARGE, 1998, p. 12).

Nesse sentido, cada participante do grupo pertence a diferentes disciplinas, mas a integração já começa no próprio processo, na formulação do plano de ação e na especial contribuição de cada membro com uma meta em comum.



Toda construção real ou abstrata esteve primeiro em pensamentos, em formas de ideias e, posteriormente, foi elaborado, repensado, transformado, moldado e ajustado durante um processo percorrido e construído; por conseguinte, propõe-se que a equipe parta deste esquema em sua origem e em sua continuidade.

1. A formação de uma equipe interdisciplinar requer reuniões regulares, organizadas em lugar, dia e horário estabelecidos e fixos. Esse esquema deve ser sustentado no tempo.

2. Seus integrantes devem ser ao menos três ou quatro pessoas técnicas ou profissionais; deve-se incluir pessoas formadas na temática da deficiência visual, o que é necessário e enriquecedor para a equipe e para o alcance dos objetivos por ela propostos. Na medida do possível, devem integrá-la profissionais ou técnicos com deficiência visual.

Incluem psicólogo, assistente social, terapeutas ocupacionais, docentes especializados e professores de educação física que possuam domínio teórico e prático de aspectos psicológicos, sociais, físicos e suas dinâmicas, com conhecimento sobre técnicas de orientação e mobilidade, tecnologias da comunicação, leitura e escrita em sistema braile, atividades da vida diária (básicas, instrumentais e avançadas), auxílios ópticos e não ópticos em baixa visão, estimulação sensorial e cognitiva.

3. Necessita de um profissional coordenador, um guia, o qual não necessariamente deve ser sempre o mesmo, pode alternar entre seus integrantes.

4. A equipe é um grupo e funciona como tal, com papéis designados e assumidos.

5. Cada integrante possui um saber disciplinar, o qual contém uma forma de poder; portanto, surgirão questões de poder que gerarão tensões e diferenças, que devem ser toleradas com respeito e escuta,



já que a participação em uma equipe dessa natureza envolve numerosas renúncias. A primeira é considerar que o saber da própria disciplina é suficiente para dar conta do problema.

É necessário reconhecer a incompletude e a insuficiência de uma só disciplina para resolver uma problemática, ou seja, nenhuma pessoa conseguirá avançar em seu processo de reabilitação com o aporte de uma só disciplina, já que isso se consegue através do intercâmbio interdisciplinar.

6. O pilar básico dessa abordagem é a comunicação, o intercâmbio para traduzir ou decodificar a linguagem própria de cada disciplina.

Nesse intercâmbio comunicativo, cada um dos integrantes da equipe busca transcender sua própria disciplina, a fim de construir e compartilhar um enfoque epistemológico, o que lhe permitirá integrar perspectivas, processos metodológicos e instrumentos conceituais.

Indo um pouco mais além, este modelo dinâmico pretende utilizar o diálogo como motor necessário e essencial, compreendido como exposição de ideias e comentários, discussão sobre um assunto ou problema, com a intenção de chegar a um acordo ou a uma possível solução, criando uma nova linguagem ou metalinguagem particular para cada abordagem complexa, como é o caso da reabilitação no contexto de deficiência visual.

O trabalho interdisciplinar faz desaparecer o *Eu* profissional na integração disciplinar, o que resulta no *Eu* coletivo ou *eu* interdisciplinar. Está baseado na horizontalidade entre os integrantes, nenhum é mais importante que outro, baseia-se no respeito e na escuta entre todos.

Tudo o que já foi abordado mostra conceitos e características do enfoque interdisciplinar, passando-se, no parágrafo a seguir, à



apresentação da composição da equipe interdisciplinar no processo de reabilitação de pessoas com deficiência visual.

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

A composição de uma equipe interdisciplinar parte, em um primeiro momento, de uma etapa de aproximação na qual inicia-se a integração entre as disciplinas. Favorecendo o intercâmbio entre os membros, nessa etapa as disciplinas discutem e decidem os diferentes aspectos de um problema, buscando pontos comuns, complexificando e problematizando cada caso particular de cada participante com deficiência visual que se encontra em processo de reabilitação.

Cada disciplina aporta contribuições e questionamentos a partir de diferentes linguagens técnicas, por vezes muito distintas, e por isso tão enriquecedoras.

É um momento de verticalidade, já que o(a) coordenador(a) deve guiar e dirigir até que a equipe se consolide. É uma fase pré-disciplinar.

A primeira instância ou momento consiste na exposição detalhada de cada saber técnico, de cada disciplina, de modo informativo, em forma de seminário ou estudo de caso, exposições teóricas e práticas, transmitindo saberes, pondo-os sobre a mesa à disposição do grupo interdisciplinar, comunicando saberes, técnicas e estratégias para a abordagem em deficiência visual, de maneira que se conheça e entenda cada saber profissional.

Em seguida, avança-se na compreensão do problema, elucidando as coincidências e diferenças. Essa verificação é fundamental e necessária para se chegar à resolução desejada. Propõe-se unificar critérios e terminologias e encontrar pontos em comum para iniciar o trabalho conjunto.

É o momento em que o grupo vai encontrando coincidências e acordando pareceres, conseguindo uma identidade grupal disciplinar.



O eu grupal permite a integração e alcança um equilíbrio que será transcendente.

A identidade alcançada unifica o grupo, permite-lhe solucionar o problema e, naturalmente, compor, enfim a equipe interdisciplinar.

A construção conceitual comum do problema, que implica uma abordagem interdisciplinar, pressupõe um quadro comum de representações entre disciplinas e uma cuidadosa delimitação dos distintos níveis de análise deste e de sua interação.

Portanto, a situação de deficiência visual é um sistema complexo, sendo necessária uma abordagem interdisciplinar devido às características e necessidades individuais desses participantes. Por essa razão, tal tema será comentado na seção seguinte.

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Como menciona Aristóteles, o objeto próprio da interdisciplinaridade é complexo, enquanto a abordagem interdisciplinar é concebida como um modelo holístico que considera o ser humano a partir de vários aspectos: biológico, social, psicológico, espiritual, ocupacional, como sujeito integral e de direito, cujo paradigma se baseia no intercâmbio e na cooperação entre as disciplinas.

É necessário e imprescindível considerar o contexto de cada indivíduo, compreendendo as condições culturais, sociais, religiosas e decisórias da pessoa e de seu entorno.

Desse modo, a abordagem de reabilitação básica funcional se inicia com a admissão através de entrevistas aprofundadas conduzidas por psicólogo(a), assistente social e por um(a) profissional com deficiência visual especialista que atue como referência e que possa



oferecer maior aproximação e compreensão para o(a) participante ingressante.

A equipe considera se o programa de reabilitação é pertinente, significativo e adequado para essa pessoa. Uma vez avaliada a situação, realiza-se um percurso pelas áreas a fim de identificar dificuldades ou necessidades a serem trabalhadas de acordo com o interesse da pessoa.

Por exemplo, em atividades da vida diária, na alimentação: uso de talheres; manuseio de dispositivos de comunicação (celular, computador, entre outros); atividades físicas: noções de lateralidade, equilíbrio, proteções no deslocamento em ambientes internos, uso de lentes filtrantes, manejo da angústia e ansiedade, recuperação do trabalho, do emprego ou de outros papéis etc.

Terminado o percurso, cada profissional dialoga com o(a) participante para conhecer seus interesses, necessidades e desejos a respeito dos programas que cada área põe à sua disposição. Em seguida, o(a) coordenador(a) da equipe, em conjunto com o participante, constrói o Plano de Ação, respeitando suas escolhas e necessidades.

Cada pessoa com deficiência visual é um ser com esperanças, medos, dúvidas, crenças, concepções, acertos e desacertos, dos quais é preciso ocupar-se com respeito, acolhimento e empatia.

De acordo com suas características e interesses, a pessoa se vincula com os diferentes profissionais com os quais trabalha de diversas maneiras, podendo ocorrer que se sinta mais à vontade com algum membro da equipe profissional para expor seus temores, suas angústias ou suas dificuldades pessoais e familiares. Esse profissional pode acolhê-lo(a), acompanhá-lo(a) e realizar as intervenções que considere necessárias, para além de sua própria disciplina, transmitindo essa informação à equipe, para que, a partir de todas as



disciplinas intervenientes, sejam repensadas, geradas e acordadas estratégias de abordagem que permitam superar a situação pontual, para que o(a) participante não fique preso(a) em seus próprios conflitos. É importante que os(as) participantes saibam que a equipe trabalha de forma interdisciplinar para acompanhá-lo(a) na resolução de seus problemas.

A equipe debate e tenta abordar problemas específicos, bem como encontrar soluções em determinadas situações como, por exemplo, se algum(a) participante não consegue incorporar alguma técnica devido a preconceitos individuais ou das pessoas ao redor, no caso de se submeter a riscos na via pública ou em casa, ou se existir superproteção por parte da família.

Esse grupo de trabalho busca, cria e encontra estratégias em conjunto realizando ações convenientes, gerando mudanças ou movimentos concretos ou simbólicos a fim de superar essas situações de estagnação ou platô dentro do processo de reabilitação integral.

Dessa maneira, a interdisciplinaridade oferece respostas às demandas, necessidades e interrogações coletivas, confrontando os saberes que as disciplinas oferecem separadamente ao serviço dos participantes que se encontram percorrendo o processo de reabilitação básica funcional.

Ao mencionarem trabalho interdisciplinar, Martínez (2002) aponta que: “pôr para trabalharem juntos profissionais de diferentes afiliações disciplinares quase sempre gera profundos problemas de comunicação interpessoal. Esses problemas nascem não somente das diferentes posições epistemológicas (teorias e métodos de cada disciplina) e das diversas linguagens que estas requerem, mas também das diferentes avaliações ou *status* que eles lhes atribuem e de suas características individuais como pessoas...”



O mesmo autor assinala que uma boa liderança dentro da equipe pode mitigar substancialmente esse tipo de problema.

O líder da equipe deve ser um profissional que domine em profundidade uma determinada disciplina, e que tenha sido reconhecido como tal por seus colegas, mas que esteja insatisfeito com a mesma ou tenha se visto obrigado a olhar o mundo com uma visão mais ampla, tenha um amplo raio de interesses, mantenha “múltiplos contatos com diferentes sociedades científicas, sociais e culturais. Distingue-se por suas relações interpessoais calorosas”, sabe escutar, é empático, aceita as sugestões e as críticas, é otimista, gera entusiasmo e sabe animar seus colegas (apud Martínez, 2002).

Quanto ao tipo de liderança, Anbar distingue três estilos:

1. O estilo ***laissez-faire***, que é não diretivo, e no qual o líder só dá uma vaga orientação geral, deixando que os membros do grupo fixem suas metas e ajam como melhor lhes convenha; este é o menos efetivo (*“Ideário en la senda de la interdisciplinarietà y la transdisciplinarietà”*).

2. O estilo **autoritário**, em que o líder deixa pouca ou nenhuma liberdade aos membros para fixar suas metas e escolher os procedimentos, controlando totalmente todo o processo de tomada de decisões; é, contudo, mais efetivo que o anterior.

3. O estilo **democrático**, que é participativo e centrado no grupo; o líder promove suas relações com o grupo e estimula a comunicação recíproca entre seus membros a fim de que expressem suas diferentes percepções, expliquem sua posição paradigmática e possam focar o problema do ponto de vista do outro; convida-os ainda a participar de todas as decisões sobre o projeto, mas sem nunca declinar de sua autoridade e responsabilidade final [...] (Martínez, 2002, p. 169).



"A team is many hands and one mind"
("Uma equipe é muitas mãos e
uma só mente").

Os aspectos sobre a abordagem interdisciplinar nos processos de reabilitação da pessoa com deficiência visual são muito específicos e requerem uma equipe, uma linguagem comum e uma comunicação ativa baseada na liderança e no funcionamento de programas e serviços de qualidade que levem em conta apoios eficientes e ajustes necessários, tal como indica a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006).

Tal processo de reabilitação também deu espaço à inclusão de pessoas com Surdocegueira, uma comunidade muito complexa e particular, portanto, na seção seguinte serão apresentadas as práticas colaborativas para esses participantes com deficiência sensorial.

PRÁTICAS DE TRABALHO COLABORATIVO NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM SURDOCEGUEIRA

Na América Latina é evidente o aumento de pessoas com surdocegueira nos programas e serviços de reabilitação, onde cada centro ou instituição possui sua própria metodologia, enfoque ou prática de trabalho; no entanto, é necessário considerar que se requerem estratégias específicas e serviços de qualidade para a abordagem de cada participante com essa deficiência única.

A surdocegueira é uma deficiência sensorial muito particular e complexa, a qual se define como a presença simultânea de perda grave de audição e visão em uma mesma pessoa que limita o acesso à



comunicação, à informação e à mobilidade do jovem e adulto que a apresenta.

No capítulo 14 deste manual esta temática será abordada de maneira completa, mas é necessário enfatizar que com essa população a abordagem mais eficiente se encontra no trabalho cooperativo em equipe e, como assinala Neri (2009), deve ser coerente, integrado, unido, dinâmico, responsável e acessível, especialmente respeitoso no processo de reabilitação individual e em grupo do adolescente, jovem e adulto, com o apoio de sua família.

Nesse sentido, a família e o(a) participante são membros fundamentais da equipe, já que seu papel é ativo e protagonista no plano de ação, de futuro pessoal ou no projeto de vida de cada pessoa com surdocegueira, mediante uma abordagem colaborativa.

Autores como Peña (2005) citando Johnson e Johnson, definem o trabalho colaborativo como aquele que “consiste em trabalhar juntos para alcançar objetivos comuns” e o qual está organizado em quatro fases:

a) interdependência positiva que promove a participação de todos os membros.

b) interação provedora fundamentada no intercâmbio de conhecimentos.

c) responsabilidade individual baseada no compromisso de cada pessoa com determinadas atividades e a integração das mesmas ao grupo.

d) distribuição de tarefas como outro passo no processo de planejamento e organização para a designação de ações de cada integrante.

Nessa ordem de ideias, esta metodologia leva ao planejamento e avaliação conjunta dos atores envolvidos a partir da unificação de



saberes e experiências e da tomada de decisões em um ambiente de comunicação eficaz.

Além disso, Hernández (2016), citando a Antúnez, assinala que a dinâmica do trabalho em equipe colaborativo se baseia na cooperação e no acordo mútuo de procedimentos e ações para a construção de uma proposta unificada, orientados para o compromisso de todos os membros do grupo, destacando o benefício do apoio da família e do entorno significativo da pessoa com surdocegueira, para uma melhor abordagem e “em prol de um objetivo em comum”, cujo eixo central seja o participante.

A referida autora também destaca a existência de condições básicas necessárias que favoreçam este enfoque; para isso, deve-se reduzir a “rigidez nas estruturas institucionais e nos sistemas de trabalho, realocando-se o tempo necessário para estabelecer as reuniões de equipe correspondentes”, ou seja, precisa-se flexibilizar os processos, reformular conceitos e pôr em prática outra metodologia para a abordagem integral desse indivíduo.

Na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2008) propõe-se a máxima independência, capacidade física, mental, social e vocacional, bem como a inclusão do indivíduo e participação plena em todos os aspectos da vida, em conjunto com a articulação do processo de trabalho em equipe nos serviços ou programas de reabilitação.

Com base na mencionada convenção, apresenta-se este modelo com a inclusão e participação ativa da família e do adolescente, jovem, adulto ou idoso com essa deficiência sensorial nos programas e serviços de reabilitação integral, os quais devem oferecer espaços de intercâmbio e de tomada de decisões do participante e de seus familiares como membros da equipe, bem como devem ser sujeitos participativos no planejamento e na avaliação conjunta de seu processo

de reabilitação funcional com base no plano de ação, de futuro pessoal ou a seu projeto de vida como uma construção coletiva.

Conforme o que foi apresentado, Rosaz (2013) e Zoppi (2008) ressaltam a importância da composição de uma equipe colaborativa com profissionais de diferentes disciplinas e de outros membros



(familiares, jovem e adulto com surdocegueira, guias-intérpretes, mediadores, pessoa surda ou com deficiência visual, comunidade e qualquer outra pessoa relacionada que possa oferecer apoio na comunicação do participante) sob o princípio de inclusão e igualdade em um ambiente de interação contínua. Daí a importância da mudança de paradigmas e de papéis, assim como é indispensável a formação em surdocegueira para oferecer serviços de qualidade nos centros e instituições com base em boas práticas cooperativas.

Não obstante, nesse contexto da composição do grupo colaborativo com diversidade de profissionais e pessoas chaves no processo de atenção integral ao indivíduo com surdocegueira, a situação da maioria das instituições e

Organizações de reabilitação da América Latina reflete a ausência de uma equipe completa para a abordagem do participante com essa deficiência sensorial única.

No entanto, o apoio de familiares, pessoas com deficiência visual, surdas e qualquer pessoa relacionada ou próxima para a mediação e o intercâmbio comunicacional, bem como o apoio de outras instituições ou organizações afins para as consultorias e para a formação em surdocegueira, são alternativas para solucionar essa dificuldade.



Nos parágrafos anteriores foram apresentados os temas sobre interdisciplinaridade e práticas colaborativas como enfoques de trabalho na reabilitação de pessoas com deficiência visual e com surdocegueira, portanto, a seguir, realiza-se uma análise comparativa entre ambos os modelos.

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE MODELO INTERDISCIPLINAR E COLABORATIVO.

"Há sonhos que, no começo, nos parecem impossíveis, depois improváveis e, se nos comprometermos seriamente, tornam-se inevitáveis."

Mahatma Gandhi

A análise de ambos os enfoques a partir do aspecto da reabilitação da pessoa com deficiência visual e com surdocegueira, conforme se ajuste às características e necessidades de cada condição, permite entender sua particularidade e a abordagem de cada uma com base no trabalho em equipe nesse processo. Desta forma, apresentam-se alguns aspectos comuns e divergentes dessas práticas, a saber:

1. A abordagem interdisciplinar e de trabalho colaborativo possuem aspectos semelhantes como ocorre no intercâmbio de conhecimentos e interconexão entre os atores envolvidos no processo de reabilitação, cuja atuação visa um mesmo objetivo centrado no participante e não nas metas de cada profissional, ou seja, gera-se o "eu coletivo" baseado em uma linguagem comum com propósitos claros, orgânicos e funcionais.



2. A comunicação e, sobretudo, o diálogo, são os alicerces para o sucesso da equipe, sendo um processo ativo e eficaz na medida em que fomenta certas habilidades como: a escuta ativa, a empatia, o respeito, a confiança e a tolerância entre todos os profissionais e atores-chave (participantes, familiares e pessoas relacionadas).

3. O papel do(a) coordenador(a) nas reuniões é determinante para o intercâmbio comunicacional e para a unificação de critérios no planejamento e avaliação do processo de reabilitação baseado no plano de ação, de futuro pessoal ou no projeto de vida de cada pessoa com deficiência visual ou com surdocegueira.

4. A principal diferença entre ambas as abordagens é a mudança de papéis e de paradigmas dos profissionais, ao facilitar a inclusão do adolescente, jovem, adulto e idoso, sua família e a comunidade na abordagem cooperativa, como membros a mais da equipe na construção, acompanhamento e avaliação do plano de ação ou de reabilitação da pessoa com surdocegueira. Na prática interdisciplinar, por outro lado, é o(a) participante com deficiência visual quem toma, junto à equipe profissional, suas próprias decisões com base em seus interesses e necessidades, enquanto sua família e entorno significativo recebem abordagem em outros espaços.

Essa divergência sobre a inclusão da família e seu ambiente relaciona-se com a importância de que a pessoa que adquire uma deficiência visual recupere rapidamente sua tomada de decisões como primeiro passo para sua autonomia, enquanto que para o indivíduo com surdocegueira, devido à complexidade de sua condição única, a inclusão de todo o seu entorno é fundamental, pois serão participantes-chaves na mediação de sua comunicação e no acompanhamento para o desenvolvimento de sua independência e autonomia, em seu plano de ação, de futuro pessoal ou em seu projeto de vida, respeitando os interesses, as necessidades e as decisões de cada participante.



Vale ressaltar que um ponto de transição do modelo interdisciplinar é representado pela transdisciplinaridade, entendida como um paradigma epistemológico holístico onde as disciplinas se integram na teoria e com a unificação da prática.

Por sua vez, Nuñez (2007) a define como uma ciência que transcende e é necessária para entender a complexidade do mundo atual, cujas disciplinas e teorias ajudam em sua complementação, o que ocorre quando um dos membros da equipe assume as funções do outro, muito similar à dinâmica da equipe colaborativa.

Nesse sentido, a transdisciplina seria o farol que guia, o ideal de trabalho, um motor para conseguir encontrar as soluções ou possíveis alternativas a problemáticas complexas e únicas, sendo aplicável ao âmbito da reabilitação. Ou seja, simbolicamente é um degrau ou nível superior e uma representação da práxis a que toda equipe de trabalho aspira.

Por fim, para além dos modelos analisados, é preciso considerar a situação na América Latina sobre o processo de atenção em reabilitação nas instituições educacionais, onde cada docente planeja individualmente. Portanto, é preciso evoluir para uma disciplina grupal baseada em uma linguagem e propósito comuns e funcionais, conforme se aborde a pessoa com cegueira, baixa visão ou com surdocegueira, onde se permita que o(a) participante, com suas características, exponha suas decisões pessoais quanto ao que deseja e precisa recuperar de sua autonomia e, a partir deste enfoque, se avalie e escolha as melhores estratégias para que alcance os objetivos propostos.

Daí a importância de que a equipe de trabalho, seja de uma instituição ou organização educacional, de saúde ou de desenvolvimento social, que ofereça o serviço de reabilitação, tenha claro e como primordial o enfoque que cada indivíduo requer, segundo



sua deficiência (visual ou surdocegueira), devido à heterogeneidade e complexidade que cada condição representa, para que o indivíduo possa recuperar, modificar ou construir seu projeto de vida de acordo com sua condição atual e a de seu contexto.



BIBLIOGRAFIA:

Cruz, M. e Sandrone, D. (2008). *Inter y transdisciplina: Acuerdos y divergencias*. VII Jornadas de Investigación en Filosofía. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Filosofía, La Plata. Argentina

Dalponte, N- Guerrero, L-Horisberger, M (2012). *Percepción de la experiencia del proceso de Rehabilitación Básica Funcional de los adultos mayores con discapacidad visual*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

Declaração das Necessidades Básicas das Pessoas con Surdocegueira (1989). IV Conferência Mundial Helen Keller. Estocolmo.

Gallegos, Y. (2022). *El equipo colaborativo como herramienta para trabajar con niños, jóvenes y adultos con discapacidad múltiple y discapacidad múltiple sensorial dentro de una visión accesible, responsable e inclusiva*. ICEVI Latinoamérica, SOCIEVEN. (Palestra virtual)

Guapache, C. (2016). *El Equipo Colaborativo como vía emergente para el diseño de instrumento evaluativo dirigido a personas con sordoceguera o con discapacidades múltiples*. Trabajo especial de graduación. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico de Caracas. Venezuela.

Hernández, A. e Padilla, F. (2018). *Los retos de una metodología interdisciplinar en un "mundo disciplinar"*. Trabajo especial de graduación. Universidad La Gran Colombia. Bogotá.

Hernández, Y. (2016). *Formación del equipo colaborativo para la atención integral de las personas con sordoceguera que asisten al Instituto de Rehabilitación J.J. Arvelo Caracas*. Trabajo especial de graduación. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico de Caracas. Venezuela.



Lobos, N. (2016). *Disciplinas, interdisciplina y transdisciplina. Lo científico de las ciencias sociales: entre los universales y la producción de lo concreto*. I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo "Perspectivas actuales en la investigación en ciencias sociales: problemáticas, enfoques epistemológicos y abordaje teórico-metodológicos". Argentina.

Lukomski, A. (2013) "Ideario en la senda de la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad" Universidad de La Salle, Bogotá.

Medina, I. (2006) "Interdisciplina e Complexidade: um novo paradigma?" Revista Perspectivas, Universidade de São Paulo, Brasil

Morín, E. "Sobre Interdisciplinariedad" Publicaciones_ICESI_Nº_62_Enero-Marzo_1997.pdf.

Neri de Troconis, M. (2009). *Guía de Apoyo para la Sordoceguera*. Fundación Empresas Polar, SOCIEVEN. Caracas.

Núñez, S. "Enfoque multi, inter y transdisciplinario en el desarrollo social". Centro de investigaciones sobre América del norte. Desarrollo social caribeño. Disponible em: <http://www.ilustrados.com/tema/11346/enfoque-multi-inter.2007>

Organização das Nações Unidas (2006). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. EUA: Autor.

Pichón, E. (2005). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires Argentina.

Ramírez, N. (2016). *Memorias de Pasantías en el Programa Educativo de Liderazgo Perkins: Un Análisis descriptivo del Programa de Educación Individualizado de dos alumnos con sordoceguera y con discapacidad múltiple de la Escuela Perkins para Ciegos*. Trabalho especial de graduação. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico de Caracas. Venezuela.



Recaredo Duque Hoyos. *"Disciplinarietà, interdisciplinarietà, transdisciplinarietà: Vínculos y límites"* Disponible em

https://www.academia.edu/3324969/DISCIPLINARIEDAD_INTE_RDISCIPLINARIEDAD_Y_TRANSDISCIPLINARIEDAD_V%C3%ADnculos_y_l%C3%ADmites

Rosaz, A. (2013). *Estrategias de acción en familia y equipo colaborativo*. Módulo Especialización en Sordoceguera y Discapacidad Múltiple. Semestre IV. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Instituto Pedagógico de Caracas. Venezuela.

Silvina, G. (2012). *La Interdisciplina como Utopía*. Mar de Plata, Argentina.

Tamayo y Tamayo, M. (s/f). *La interdisciplinarietà*. Cali: CREA.

Zoppi, B. (2008) *Relación padre profesional...El valor de un equipo colaborativo*. Palestra.



CAPÍTULO 4. AS FAMÍLIAS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO.

Autoras:

- **BROWN, María Florencia.** Graduada em Psicologia, Especialista em Psicologia Vincular, Argentina.
- **ORMELEZI, Eliana Maria.** Psicóloga, Psicanalista, Mestre e Doutora em Psicologia e Educação, Brasil.
- **ORRICO, Verónica.** Graduada em Psicologia, Pós-Graduada em Terapia Cognitivo-Comportamental, Uruguai.



INTRODUÇÃO.

O surgimento da deficiência visual em uma pessoa implica sempre um alto impacto emocional, não apenas em um nível individual, mas também em seu entorno familiar e comunitário.

Múltiplos podem ser os caminhos pelos quais essa condição se manifesta: progressivo, genético, acidental. Assim também a idade em que a pessoa adquire a deficiência visual: infância, adolescência ou idade adulta. Ambos os eixos clínicos devem ser levados em conta no processo de reabilitação, visto que o impacto terá qualidades distintas na pessoa e em sua família.

As famílias chegam aos centros de reabilitação com as mesmas dúvidas, medos e preconceitos predominantes na sociedade, impregnada por estigmas, atitudes como a vergonha e a piedade, e por um modelo médico que enfatiza mais as dificuldades que as possibilidades. Além disso, deverão enfrentar sistemas de saúde escassamente preparados para dar respostas à emergência de uma deficiência (além das médicas) e para acompanhar as famílias na aceitação e na participação nos processos de reabilitação e reinserção social.

Cada cenário com o qual nos deparamos é singular, mas podemos considerar que há uma situação que se impõe e que exigirá que a pessoa e sua família percorram subjetivamente. Os modos e as qualidades desse percurso terão um impacto no processo de reabilitação, podendo gerar condições que facilitem ou dificultem a abordagem da pessoa com deficiência visual.

Embora a deficiência tenha como base o surgimento de um impedimento ou problema de saúde, ela se constitui na interação dinâmica da pessoa com seu entorno físico e social. A deficiência é entendida não apenas em relação à patologia ou fator originário, mas



em interação com o meio circundante, no qual a família tem um papel protagonista.

Neste capítulo, procuraremos focar no que acontece com as famílias e suas necessidades, bem como propor intervenções que facilitem sua incorporação como atores fundamentais no processo de reabilitação.

FAMÍLIA.

Podemos começar afirmando que a família é uma das instituições mais antigas em nossa sociedade. As famílias, seus modelos, as relações e dinâmicas instituídas foram se transformando de acordo com o momento histórico e social.

Segundo Commaille (1997, citado em OLIVEIRA, 2010), a maioria dos modelos de família ao longo da história teve como características essenciais a proteção mútua e a segurança. É um veículo na transmissão da cultura a todos os seus membros.

Na forma considerada tradicional, a família se situa como um grupo de pessoas vinculadas por descendência de um ancestral comum, que geralmente compartilham o mesmo sobrenome, herdado dos ascendentes diretos.

No entanto, na contemporaneidade, surgiram novas configurações familiares, baseadas nos vínculos afetivos e no compromisso com o cuidado, mais do que nos laços biológicos. Dessa maneira, o termo foi ampliado e denominam-se famílias também aquelas constituídas por apenas uma mãe ou um pai; ou por um pai com seus ascendentes ou descendentes (avós, tios, irmãos mais velhos, sobrinhos, primos...); ou a união entre pessoas do mesmo sexo; ou as formadas por um ou dois pais separados que se casarão novamente e terão outros filhos, gerando uma família ampliada. Ou seja, formas mais livres e menos preconceituosas, abertas à



diversidade e legitimidade de todos, mas também bastante complexas, porque requerem novas relações, novos significados e novos aprendizados.

Essa diversidade e amplitude no conceito de família é refletida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994, conforme citado por UNIFESP, 2021), que propõe que o conceito de família não pode se limitar os laços de sangue, casamento, parceiro sexual ou adoção. Sob esta acepção, qualquer grupo ou pessoa cujas conexões se baseiem na confiança e no apoio mútuo deve ser considerado como uma família.

A DEFICIÊNCIA VISUAL COMO ACONTECIMENTO.

Seguindo Berenstein (2004), tomaremos duas dimensões do "outro": semelhante e alheio. O semelhante é aquela dimensão do outro que oferece a possibilidade de assimilá-lo, porque nele encontramos traços parecidos. É aquela dimensão esperada do outro e que também nos faz sentir identificação. Em relação ao nosso tema: somos uma família, é meu irmão/irmã, é minha mãe, é meu pai, é meu filho(a), somos um casal. A ideia de semelhança está vinculada a pertencimento, ao familiar. Há papéis e funções que são esperados de cada um dos membros da família em uma cultura compartilhada.

Quando um semelhante se torna não semelhante, o alheio nos coloca em um terreno desconhecido. É aquele que se apresenta de um modo novo que nos causa estranheza, na medida em que interpela nossas representações construídas no âmbito da semelhança. O "todos semelhantes" em uma família entra em crise: há um membro que tem deficiência visual. Há uma situação que deixa de igualá-los. Todos se sentem interpelados, questionados subjetivamente; a estabilidade e os papéis são alterados.

Diante da pessoa com deficiência visual, surge o problema de optar entre a hostilidade, que leva à rejeição, e a hospitalidade, que



leva ao acolhimento. É nesta intersecção que podemos situar as operações vinculares que devem ocorrer em uma família para sustentar a tensão entre a semelhança e a alteridade (o alheio) que a deficiência visual impõe.

Lewkowicz (2002) propõe a metáfora da inundação para pensar o trauma: "A inundação seria essa algo que deixa perplexo, que deixa sem resposta por sua intensidade desmedida. Mas essa intensidade, paulatinamente, vai cedendo, e tudo parece retornar ao seu lugar. Forçosamente, os lugares existentes buscam assimilar o inundado. Sob esta perspectiva, o trauma não supõe nenhuma alteração."

Em contrapartida, o acontecimento requer uma transformação subjetiva para ser assumido. Dessa forma, o acontecimento não se reduz à pura perplexidade; trata-se da capacidade do inaudito.

Esse mesmo autor propõe pensar o que acontece com a catástrofe. Ele se refere a uma dinâmica que produz desmantelamento sem armar outra lógica. Não há nem esquemas prévios nem esquemas novos capazes de iniciar ou reiniciar o jogo. Há devastação.

Tomamos o trauma, o acontecimento e a catástrofe como três possíveis modos de tramitação subjetiva que podem ocorrer em uma família em relação ao diagnóstico de deficiência visual.

É importante destacar que as lógicas prévias de funcionamento familiar entram em crise. O desafio da equipe de reabilitação é como promover condições para que a lógica do acontecimento se manifeste. Ou seja, que movimentos inéditos podem ser produzidos em uma família para que assimilem essa nova condição de deficiência visual de um de seus membros, superando o sofrimento, sem ficarem arrasados, sem negar a situação e abrindo-se à possibilidade de fazeres diversos até o momento. Nesse sentido, o processo de reabilitação e sua adesão pode significar um caminho possível em direção ao acontecimento.



MODOS DE ELABORAÇÃO SUBJETIVA EM CONTEXTO FAMILIAR.

Em cada família há desejos, expectativas e posições legadas, consciente e inconscientemente, a cada um de seus membros. Ao mesmo tempo, vivemos na sociedade do estereótipo, que busca homogeneizar as pessoas e não as considera em sua diversidade e singularidade. Esse sistema alimenta o preconceito que está profundamente arraigado nos comportamentos humanos, gerando exclusão social e, portanto, sofrimento psíquico pelo sentimento de não pertencimento, de baixa autoestima pessoal e insegurança.

Quando as pessoas chegam aos serviços de reabilitação, ao mesmo tempo em que vão perdendo a visão, vão modificando seu papel na família. Talvez precisem abandonar seu trabalho, estudo ou o cuidado de seus filhos. Aqueles que antes cuidavam dos outros, agora devem ser "cuidados"; aqueles que antes eram o sustento econômico da família, agora devem ser apoiados economicamente. Em muitas famílias, observa-se uma deterioração das relações interpessoais e do autocuidado, isolamento social e menos disponibilidade para atividades de lazer, tanto pelo choque que essa nova realidade significa, quanto pela sobrecarga que o cuidado do familiar com deficiência pode acarretar. Fica evidente como o surgimento de uma deficiência visual em um dos integrantes da família coloca todos em uma situação de vulnerabilidade emocional que precisa ser superada.

Ao enfrentar esta nova realidade, a pessoa e sua família passam por várias etapas na tentativa de elaborar a perda.

Além das capacidades físicas, mentais ou sensoriais, perde-se uma vida prática, social e afetiva e uma autoimagem já construída, que terá que ser refeita, o que não é fácil, mas também pode ser uma oportunidade. O que se construirá a partir de então dependerá muito da estrutura e das relações que existiam anteriormente. E onde não havia fortalezas, a resiliência e o apoio poderão iniciar uma construção.



A elaboração do luto começa quando se tem consciência da perda após receber o diagnóstico ou o prognóstico de "incurabilidade". Sua duração e a forma de vivenciá-lo são variáveis e dependem de muitos fatores: características próprias da pessoa com deficiência, doenças concomitantes, flexibilidade nos papéis familiares, informação apropriada, apoio social e recursos existentes na comunidade. Em alguns casos, o luto pode se complicar, por ser prolongado ou por se tornar patológico ou traumático.

Podemos encontrar famílias nas quais ainda está presente a fantasia da cura, quando a incurabilidade da situação visual já é um fato (continuam recorrendo a consultas médicas ou intervenções cirúrgicas) ou, por outro lado, famílias que negam a deficiência visual. Em ambos os casos, dificulta-se a construção de um futuro possível, o que impacta na disposição para receber ajuda e participar de um processo de reabilitação.

É claro que os modos de elaboração subjetiva que a família tiver em relação à deficiência visual impactarão no processo de reabilitação: negando-o como alternativa, rejeitando-o, zangando-se com os profissionais ou apoiando e aceitando que há modos possíveis de viver a vida com deficiência visual.

O desafio que se apresenta a nós, como profissionais ou técnicos reabilitadores, é o de como acompanhar e propiciar condições saudáveis de elaboração no contexto familiar e escolher aquelas intervenções e dispositivos que possam contribuir para isso.

Ao mesmo tempo, exige-se de nós, como profissionais, uma atitude ética em nosso trabalho com as famílias, de escuta respeitosa e de renúncia a ideais terapêuticos sobre como devem vivenciar o processo de luto e como devem ocorrer as reconfigurações familiares de papéis e funções.



Intervenções da Equipe de Reabilitação com a Família: Possibilidades e Dispositivos.

Quando a pessoa com deficiência e sua família chegam à instituição, a primeira conduta dos profissionais ou técnicos reabilitadores será a recepção, de maneira aberta, calorosa e compreensiva. Dar as boas-vindas é uma postura ética que implica escutar a pessoa e sua família nos diversos sentimentos que apresentarem, reconhecendo o seu protagonismo no processo de saúde e doença, e na responsabilidade pela resolução, com a ativação de redes para compartilhar conhecimentos.

Os centros de reabilitação devem propiciar espaços onde as pessoas com deficiência e suas famílias possam compartilhar seus sentimentos, temores, dúvidas e, inclusive, sua vergonha. Da mesma forma, podem surgir outras dificuldades pelas quais as famílias passam, tais como demoras ou carências no atendimento dos serviços de saúde, assim como outras barreiras institucionais e sociais.

Além das abordagens individuais, um recurso muito útil é compartilhar espaços de reflexão e intercâmbio, seja estruturado ou informal, com outras pessoas que estão atravessando processos similares, assim como com aquelas que já têm um caminho percorrido em relação à deficiência.

Nesse sentido, uma modalidade profícua de atendimento a ser considerado é o que chamamos de "Grupo de Apoio Psicossocial para a Família", cujo objetivo é o fortalecimento/empoderamento do participante e de sua família, diante das dificuldades impostas pela deficiência e pelos mitos familiares a respeito dela (ORMELEZI, 2009).

Este se caracteriza por ser um espaço de escuta e expressão oral para a circulação de ideias e emoções, representações mentais e significados atribuídos a experiências vitais permeadas pela instalação



da deficiência visual. Um espaço aberto, no qual a fala é espontânea e o tema de trabalho emerge do próprio grupo em cada encontro.

As abordagens em grupo permitem que seus participantes se sintam compreendidos, aprendam com os demais e ajudem uns aos outros, no entendimento de que dar e receber são duas faces da mesma moeda.

É conveniente que os atendimentos em grupo, dirigidos aos participantes do processo de reabilitação ou às suas famílias, sejam coordenados por profissionais com formação e experiência em deficiência visual, a fim de oferecer informações corretas, atualizadas e baseadas no modelo social da deficiência, bem como para evitar a propagação de pré-conceitos, mitos e falsos preconceitos. O ideal é que cada grupo seja mediado por dois profissionais, uma (um) assistente social e uma (um) psicóloga (o), cujo papel é o de serem facilitadores e articuladores do processo de elaboração experimentado pelo grupo, apoiando-o no desenvolvimento pessoal e coletivo.

A ética que permeia este trabalho é guiada por: escutar as demandas para não emitir julgamentos sobre os padrões de comportamento e valores; valorizar sua cultura e ampliar seus conhecimentos; estabelecer um pacto de sigilo e confiança; e respeito pelas escolhas individuais e pelo ato que gera transformação.

A ênfase do trabalho é colocada na elaboração dos aspectos psíquicos e sociais da deficiência, que permeiam as relações familiares e a existência de cada membro individualmente, assim como as relações mais amplas à medida que a pessoa com deficiência evolui em direção à conquista de sua autonomia.

A participação é espontânea e o objetivo desses encontros é fortalecer as famílias para que abordem os conteúdos emocionais e racionais provocados pelas representações sociais transmitidas em nossa cultura sobre a deficiência, em um clima de respeito e confiança.



O formato é a roda de conversa em reuniões sistemáticas, cuja periodicidade e duração podem variar de uma instituição para outra.

As possíveis temáticas a serem tratadas nos grupos familiares ou em reuniões individuais com as famílias são enumeradas a seguir:

- **Reconhecimento e elaboração do luto.** Acompanhar a vivência do luto implica conectar quem o atravessa com a possibilidade de expressar toda a variedade de emoções que o luto traz consigo, em um ambiente de abertura, validação, livre de julgamentos de valor. Se há algo que opera sempre aliviando o caminho é permitir-se sentir e expressar a dor, a tristeza, a raiva, a solidão, a impotência, o medo do desconhecido... Será necessário, então, criar um ambiente que possa habilitar, normalizar e validar a expressão da ampla gama de sentimentos, dúvidas e temores sobre o que significa que um membro da família tenha uma deficiência, em um contexto de abertura e aceitação.

- **Atitudes da família frente à pessoa com deficiência.** As mais extremas são a superproteção e o abandono. No primeiro caso, encontramos famílias que querem fazer tudo pela pessoa, "facilitar" as tarefas, levá-la a todos os lugares, protegê-la de possíveis perigos, instalando-se a ideia de que ela não pode ou não é capaz. Por outro lado, pode haver membros da família que se sentem sobrecarregados ou abandonam a pessoa com deficiência, ou menosprezam o papel da família no processo de reabilitação. Para evitar esses extremos, será útil que a família tenha uma visão realista das potencialidades, fortalezas e limitações de seu integrante com cegueira, baixa visão ou surdocegueira, bem como orientações concretas para que este desenvolva seu máximo potencial, em um clima de afeto e respeito.

- **Atribuições e culpas.** Frequentemente, o surgimento de uma deficiência em um dos membros da família e a reorganização que isso acarreta trazem à tona dificuldades ou fraquezas familiares



preexistentes, atribuindo à deficiência a responsabilidade por tudo o que não funciona "bem". Nesse sentido, será necessário indagar junto à família os déficits e dificuldades com os quais já conviviam e, assim, evitar responsabilizar injustamente a pessoa com deficiência ou a própria deficiência por todas as adversidades.

- **Outras perdas.** Às vezes, junto com a perda visual, ocorrem outras perdas: amigos que se afastam, perda do trabalho, relacionamentos amorosos que se deterioram ou terminam, sendo necessário acompanhar as famílias nessas instâncias e, se possível, colaborar na reconstituição de redes familiares e sociais.

- **Necessidade de informação, assessoria e acolhimento.** Diante da confusão, do desamparo e da necessidade de tomar decisões, as famílias reivindicam informações precisas, em uma linguagem clara, realista, fornecida de forma respeitosa, progressiva, empática, colocando ênfase nas potencialidades. Embora o momento do diagnóstico seja essencial, também requer orientações de acordo com a etapa do ciclo de vida, por exemplo, ao decidir se a pessoa poderá retomar seus estudos ou como retomará, ter acesso a um trabalho ou solicitar aposentadoria ou outros benefícios socioassistenciais de forma antecipada.

- **Objetivos e alcances da reabilitação.** Para que a família acompanhe e apoie o processo de reabilitação, esta deverá conhecer os objetivos que se promovem, as áreas em que a pessoa irá trabalhar e os resultados esperados.

- **Abordagem interdisciplinar.** Outra necessidade reiterada pelas famílias é a de um trabalho coordenado entre os distintos profissionais envolvidos, já que perceber o contrário, onde cada profissional ou técnico reabilitador dê uma informação diferente ou segmentada, gera grande confusão e insegurança.



- **Organização dos espaços compartilhados.** Quando a pessoa com deficiência convive com outros membros da família, será de grande ajuda para a sua autonomia que se mantenha certa ordem na casa, tanto na localização dos móveis quanto em relação a “onde” os objetos são guardados. Esses aspectos podem ser acordados entre os familiares que utilizam espaços comuns.

- **Baixa visão.** Esta condição, às vezes, gera confusão nos familiares, que não sabem claramente quanto e como a pessoa enxerga. Portanto, será útil que recebam informações a respeito. Isso lhes permitirá acondicionar melhor os espaços compartilhados e tomar as precauções pertinentes para que a pessoa com baixa visão possa fazer uso dela da melhor maneira possível.

- **Dicas de orientação e mobilidade.** Como haverá momentos em que a pessoa cega ou com baixa visão se deslocará na rua acompanhada de algum familiar, será benéfico que familiares recebam orientações básicas sobre como proceder na via pública, nos meios de transporte, em espaços internos e ao realizar trâmites ou visitas a centros de saúde, para que seu modo de agir seja adequado e oportuno, promovendo sempre a autonomia e não obstruindo a sua autodeterminação.

- **Papéis familiares.** À medida que a pessoa avança em sua reabilitação, é conveniente que a família vá flexibilizando seus papéis, para que não haja membros sobrecarregados (especialmente as mulheres), de modo que a pessoa cega ou com baixa visão seja respeitada e tratada como uma pessoa adulta. Desse modo, ela poderá retomar tarefas domésticas, o cuidado dos filhos, ser levada em conta na tomada de decisões, voltar a estudar ou trabalhar, deslocar-se na rua sem a companhia de um familiar. Ou seja, fazer tudo aquilo que lhe permita recuperar sua autonomia e ter um papel ativo na família e em sua comunidade.



- **Modelo social da deficiência.** Considerando que as famílias muitas vezes reivindicam benefícios mais do que direitos, e que em nossa cultura ainda é difícil o reconhecimento da autonomia e da autodeterminação das pessoas com deficiência, recomenda-se que as famílias possam adquirir uma concepção da deficiência baseada no enfoque de direitos, na Convenção promulgada pelas Nações Unidas e no modelo social da deficiência.

- **Recursos comunitários.** Dar a conhecer serviços e instituições na comunidade que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa com deficiência e suas famílias, tais como organizações de pessoas com deficiência, grupos de pares, grupos de pais ou familiares, benefícios sociais como pensões, descontos em transporte, sistemas que promovam a reinserção profissional ou que ofereçam apoio educacional e organizações sociais e culturais em geral.

Dar visibilidade àqueles casos em que a adversidade une mais a família e lhe permite apoiar-se, comprometer-se com o processo de reabilitação, ressignificar a deficiência e sair fortalecida.

Este paradigma também propõe a "superação de práticas fragmentadas e tradicionais e a consideração dos 'problemas (da reabilitação) como de natureza psicossocial (AKERMAN e BORGIANI, 2010, p. 32-35)". Constrói-se na interseção de dois campos do conhecimento que apoiam a reabilitação na condição psicossocial de aquisição de deficiência: psicologia e serviço social.

No caso do Serviço Social, define seu desempenho ao considerar as marcas deixadas pelas condições de vida e pelo surgimento da aquisição da deficiência, as quais podem esclarecer alguns determinantes dos seus comportamentos; e ao compreender as "condições materiais e culturais que subjazem às necessidades de cada pessoa, família ou comunidade que requer intervenção institucional para acessar os direitos de cidadania".



No caso da Psicologia, seu conhecimento reside no instrumento de "escuta" que se propõe a ir além do que se diz para identificar, nas narrativas das pessoas com deficiência visual e de suas famílias, "os impasses e repetições imersos em conflitos; as expressões de subjetividade e emoções que limitam a conquista da autonomia; e o cuidado dos vínculos afetivos que a sustentam."

Cabe esclarecer que, embora proponhamos que os espaços para a abordagem de famílias com deficiência visual sejam coordenados por profissionais da área de psicologia e serviço social, pela visão psicossocial que carregam, é importante mencionar que não são espaços psicológicos. Se em algum desses encontros for detectada a necessidade de uma abordagem psicológica mais robusta, deve-se encaminhar para um tratamento. Podemos dizer que esses encontros informativos, de circulação da palavra, de encontro com outras pessoas, resultam terapêuticos, mas não são terapias. Partimos da ideia de que o efeito terapêutico excede o âmbito de um tratamento psicológico, sendo aquilo que alivia, que conforta, que faz pensar de um modo diferente.

Outros dispositivos interessantes são aqueles que convocam a família a participar no próprio centro de reabilitação, como compartilhar uma atividade de orientação e mobilidade, uma aula de culinária, um passeio ou outra atividade com o familiar que tem deficiência visual, o que pode ajudar a derrubar mitos e gerar maior entendimento, empatia e fortalecimento dos vínculos familiares.

O LADO B: QUANDO NÃO HÁ APOIO FAMILIAR.

Agora, também devemos fazer referência àquelas situações em que nada do que foi mencionado funciona. Ou seja, quando não se conta com o apoio de algum familiar ou vínculo significativo para a



pessoa com deficiência visual, ou quando a família não deseja se envolver no processo que o seu familiar está realizando.

Aqui, cabe-nos perguntar às equipes profissionais: de que ideal de reabilitação partimos? Que sentimentos nos mobiliza o fato de não haver família disponível? Convidamos a notar estes sentimentos, que estão na linha de desidealizar modos de abordagem e nos habilitar a trabalhar com o que está disponível.

Abrir-se e aceitar o caminho da reabilitação é entendê-lo como um processo único. Como todo processo, nunca é linear, é trabalhoso, com adesões e resistências, com e sem resultados em simultâneo.

Esse mesmo processo também acontece nas famílias, ou seja, pode ser que não participem inicialmente, ou que rejeitem a reabilitação em favor de que tudo permaneça igual, que lhes seja difícil confrontar-se com novos *fazer*es na dinâmica familiar ou que resistam a aceitar os novos desafios que a pessoa com deficiência visual deverá enfrentar.

Como profissionais ou técnicos reabilitadores, devemos considerar esse posicionamento familiar, entendendo que é uma possibilidade com a qual podemos nos deparar. É necessário entender que representamos a deficiência visual do familiar e isso acarreta mobilizações afetivas.

Nesse sentido, devemos considerar que em algumas ocasiões será a pessoa cega ou com baixa visão quem deverá se apropriar de sua reabilitação e promover modificações na dinâmica familiar. Nessas situações, é importante trabalhar junto a ela para que possa aceitar seu processo de reabilitação como um caminho pessoal, independentemente do apoio familiar, o que exigirá maior elaboração da subjetividade. Em alguns casos, pode ocorrer que, uma vez iniciada a reabilitação, a família compareça e consiga participar de alguma forma do processo de seu familiar.



Também podemos encontrar pessoas que não possuem rede familiar e social, com vínculos desfeitos ou frágeis, caso em que haverá o trabalho de indagar sobre vínculos significativos, recuperá-los ou restabelecê-los. O Centro de Reabilitação poderá propiciar e fomentar vínculos com outras pessoas e/ou famílias que o frequentam.

Outro aspecto importante a mencionar aqui é que a possibilidade do atendimento virtual pode construir pontes com as famílias que resistem a comparecer nos centros de reabilitação ou com aquelas que, por questões de distância, não podem fazê-lo. Sugere-se, então, contemplar encontros virtuais com a família.

CONCLUSÃO

As famílias têm um papel fundamental no processo de reabilitação, ainda mais se reconhecermos sua importância e lhes oferecermos um espaço adequado de acolhimento e participação.

Os cenários familiares com os quais podemos nos deparar são diversos e singulares. Como profissionais, devemos estar abertos a escutar e propor o que se adeque a cada pessoa cega ou com baixa visão, contemplando suas condições atuais e potenciais. Os protocolos sistematizam e orientam o trabalho, mas é importante sempre ter uma atitude flexível que inclua e que aproxime a família, entendendo que cada um tem seu tempo de elaboração e de aproximação.



BIBLIOGRAFÍA:

Akerman, J. e Borgianni, E. (2010). Os desafios da assistência social no Brasil: contribuições dos psicólogos e dos assistentessociais. Diálogos - Revista Psicologia: ciência e profissão. Ano 7, n. 7. São Paulo/Brasil.

Berenstein, I. (2004) Devenir otro con otro(s). Buenos Aires: Ed. Paidós psicología profunda.

Bucay, J. (2003). El camino de las lágrimas. Barcelona: Grijalbo.

Cruz Gaitán J. I. Duelo: Tratamiento basado en la terapia de aceptación y compromiso (ACT), Editorial El Manual Moderno.

Lewcowicz I. (2002) "Traumas, Acontecimientos y catástrofes en la historia":

<http://www.pagina12web.com.ar/diarios/psicologia/9-7505-2002-07-11.html>

NUÑEZ BLANCA (2012), *Que necesitan las familias de personas con discapacidad?: investigación, reflexiones y propuestas/* Blanca Núñez; Liliana Pantano; Alicia Arenaza. – 1ª ed. – Buenos Aires: Lugar Editorial. /

Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994) In: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2021). Família: diferentes formatos, mas as mesmas relações de afeto e cuidado. Disponível em <https://sp.unifesp.br>.

Ormelezi, E.M. (2009). Grupo de Apoio Psicossocial a familias de pessoas com deficiência visual. Trabalho apresentado no I Simpósio "Inclusão da pessoa com deficiência visual. São Paulo/Brasil.

Worden, J.W. (2004). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia (2nd ed.), Barcelona: Paidós.



CAPÍTULO 5 REABILITAÇÃO BÁSICA FUNCIONAL.

Autores:

- **Babativabejarano, Wilmar.** Docente em Educação com Ênfase em Educação Especial, Tiflólogo, MSC. Colômbia.
- **González Vides, Leonela.** Docente de Educação Especial com Ênfase em Deficiência Visual, Msc. Costa Rica.
- **Alvarez de Hernández, Xiomara Arely.** Graduada em Educação Especial, El Salvador.



CONCEITOS BÁSICOS

As pessoas adultas que adquirem uma deficiência visual (cegueira, baixa visão ou surdocegueira) enfrentam situações muitas vezes desconhecidas, que podem levá-las a abandonar algumas tarefas de sua vida pessoal, familiar e até mesmo profissional. Portanto, podem requerer apoios específicos para se ajustarem à nova condição, retomarem atividades que realizavam anteriormente e aprenderem novas habilidades (California Department of Social Services, 2015).

Para isso, é importante receber uma reabilitação básica funcional, a qual deve ser entendida como um processo interno que se realiza por meio de um plano de abordagem personalizado, no qual a pessoa e seu entorno recebem de maneira integral os apoios necessários que propiciem o desenvolvimento de habilidades e a aquisição de destrezas que possibilitem o desenvolvimento nas diversas áreas da vida, assegurando a eliminação de barreiras e a promoção de maior independência, autonomia, autodeterminação e qualidade de vida possíveis.

Dentro desta definição encontram-se dois termos importantes: o processo e o plano de ação que surge do programa.

Um processo deve ser compreendido como aquela ação interna, que exige da pessoa um alto comprometimento com as tarefas e um papel relevante e ativo em cada atividade. Além disso, envolve apropriar-se das ferramentas e técnicas que são mediadas por um profissional ou técnico reabilitador, a fim de poder generalizá-las e aplicá-las em outros ambientes e situações.

Por sua vez, o programa consiste em tudo aquilo que é oferecido à pessoa em cada uma das áreas. É o conjunto completo de objetivos que podem ser alcançados na reabilitação e, portanto, não é objeto de modificações, salvo se ocorrerem avanços tecnológicos ou de outro tipo que envolvam a incorporação de novos objetivos a serem oferecidos



ou que requeiram mudanças para atender às necessidades particulares da população atendida em um contexto específico.

Uma vez que a pessoa escolhe, dentre os objetivos de cada programa, o que deseja trabalhar, surge então o plano de ação personalizado, que é aquele que indica o que será realizado durante o processo e, este sim, pode ser objeto de modificações. No Plano de Ação são registradas as metas que a pessoa tem e cada uma das competências que deseja adquirir. A escolha dos objetivos de cada área é dialogada entre o profissional ou técnico reabilitador a cargo desta e a pessoa que está iniciando seu processo de reabilitação. Posteriormente, quem exerce a coordenação da equipe profissional redige, com todos os objetivos propostos, o Plano de Ação que guiará a abordagem do participante. Este plano é considerado dinâmico, podendo ser modificado durante o processo, de acordo com os avanços, interesses, características ou necessidades da pessoa, que pode ir ampliando seus objetivos à medida que recupera sua autoestima e sua autonomia.

É importante destacar que, ao contrário do que se entendia anteriormente, a reabilitação básica funcional deve ser abordada para além de um processo individualizado, pois deve contemplar um conjunto de ações que pretendem impactar, oferecer apoio e incluir as famílias, os cuidadores, os provedores de outros serviços e a comunidade em geral (American Foundation for the blind, s.f.). A estes não é oferecido um programa específico, mas sim um assessoramento sobre as questões a serem consideradas para que possam proporcionar apoios eficientes à pessoa que se reabilita, gerando espaços de intercâmbio e autonomia e promovendo permanentemente a tomada de decisões e a autodeterminação.

Por outro lado, a partir do trabalho interdisciplinar e do trabalho colaborativo, cada profissional ou técnico reabilitador pode contribuir e



trabalhar a partir de sua área, atendendo às diversas situações que se apresentam.

Sob esta concepção, é ideal que a última etapa da reabilitação seja realizada no contexto real e nos diferentes cenários onde o participante se desenvolve (podendo ser o centro educacional, o local de trabalho, sua comunidade, sua casa, dentre outros espaços válidos), incluindo-se o aproveitamento das novas ferramentas e estratégias incorporadas, bem como as tecnologias para diversificar as modalidades de trabalho que melhor se ajustem às situações apresentadas.

Promover processos de reabilitação básica funcional centrados na pessoa e em seu entorno favorece a obtenção de resultados mais eficazes, que realmente melhoram a qualidade de vida das pessoas com deficiência visual.

Para isso, devem ser seguidas, ao menos, etapas básicas que assegurem uma atenção adequada.

ETAPAS DA REABILITAÇÃO BÁSICA FUNCIONAL

É importante destacar que, de acordo com os novos paradigmas da deficiência visual, é necessário compreender a importância de uma abordagem integral da pessoa, o que também engloba serviços interdisciplinares e colaborativos. Por meio desses serviços, segundo Oviedo, Cáceres et al (2012), obtêm-se melhores resultados nos processos de transformação e mudanças positivas na população com deficiência visual em aspectos como: aceitação da condição, mobilidade e acesso à tecnologia, à informação, à comunicação e ao reconhecimento de seus direitos.

Quando uma pessoa com deficiência visual ingressa em um serviço no qual lhe é oferecida a reabilitação básica funcional, é necessário ter pelo menos um planejamento base do processo que será



realizado. A seguir, apresentamos as etapas nas quais podemos dividir esse percurso:

ETAPA DE ADMISSÃO:

Consiste no preenchimento de dados pessoais, recepção de documentos de respaldo (referência médica e oftalmológica, incluindo avaliação optométrica, se possível) e autorização para receber a abordagem em reabilitação. É recomendável também solicitar uma avaliação audiológica ou audiometria a fim de determinar ou descartar a presença de surdocegueira na pessoa. Nesta etapa, ocorrem várias entrevistas e diferentes momentos, tais como:

a) Entrevista ou Avaliação Sociofamiliar: A intervenção se inicia com a entrevista, na qual participa a área de Serviço Social. Consiste em identificar a condição de saúde, diagnóstico, escolaridade, ambiente familiar, situação econômica, auxílios ou serviços sociais que recebe e situação geográfica, a fim de estabelecer a prestação dos diferentes serviços em seu processo de reabilitação.

b) Entrevista e Avaliação Psicológica: Consiste em avaliar se a pessoa está consciente de sua condição de deficiência, seu estado emocional, psicológico, cognitivo, seus interesses, motivações e expectativas, para estabelecer um plano de atendimento psicológico que permita apoiar e orientar seu estado emocional e psicológico durante o processo de reabilitação.

c) Reunião de Equipe Interdisciplinar: Realizadas as primeiras entrevistas, apresenta-se à equipe um relatório detalhado das informações coletadas. A equipe organiza, de acordo com as características mais importantes da pessoa, uma avaliação funcional por todas as áreas, excluindo aquelas que se considere inicialmente não aplicáveis, como, por exemplo, não se inclui a avaliação em Baixa Visão quando a pessoa apresenta



cegueira, ou não se inclui a avaliação em informática se se tratar de uma pessoa analfabeta ou que manifeste nas entrevistas iniciais que não tem interesse em tecnologia.

d) Avaliação Funcional: É realizada antes de iniciar o processo de reabilitação. Trata-se de um percurso por todas as áreas que a equipe oferece à pessoa, onde são avaliadas a autonomia pessoal, social, funcionalidade visual (quando é pessoa com baixa visão), comunicação, saúde, fortalezas, necessidades e interesses, com o objetivo de confeccionar o Plano de Intervenção Pessoal em cada área de abordagem, em conjunto com a pessoa com deficiência. Nessas entrevistas, cada profissional ou técnico reabilitador explica ao participante os objetivos da área, mostrando todo o programa para que a pessoa possa avaliar se deseja trabalhar na área e, se sim, quais dos objetivos lhe interessam. O profissional ou técnico reabilitador indaga sobre seus conhecimentos prévios, interesses e necessidades, para oferecer-lhe o maior leque possível de objetivos a serem alcançados.

e) Plano de Ação ou Intervenção Pessoal: Terminado o percurso, a pessoa elabora seu Plano de Ação com um profissional que terá informações sobre os objetivos pensados em cada área, para recordá-los, reforçando assim a decisão tomada pelo(a) participante. Para a elaboração do Plano de Intervenção, estabelece-se uma ordem de prioridades, necessidades e desejos, de maneira individual, procurando a interação com os pares, a família e a comunidade, com o propósito de alcançar um desenvolvimento integral e autônomo.



ETAPA DE SEGUIMIENTO:

Refere-se ao trabalho específico nas distintas áreas, de acordo com o Plano de Intervenção estabelecido segundo a necessidade e interesse da pessoa com deficiência visual. Esse trabalho deve ser constante, sustentado no tempo e regular, com a finalidade de alcançar mudanças e melhorias significativas durante o processo de reabilitação, avaliando-se periodicamente para valorizar os objetivos alcançados, promovendo no participante uma autoavaliação que lhe permita ampliar seus objetivos na área, se necessário. Por parte da equipe profissional, cada participante deve ser avaliado periodicamente para propor estratégias, caso os progressos não forem os esperados ou surgirem situações que interfiram no processo. Se o progresso for o previsto, a equipe profissional pode orientar sua inclusão no meio social, profissional ou acadêmico, de acordo com os interesses do participante, impulsionando o replanejamento de seu projeto de vida.

ETAPA DE EGRESSO (SAÍDA):

De acordo com as avaliações realizadas pela equipe de profissionais, será feita análise sobre se os objetivos propostos no Plano de Intervenção foram alcançados, em conjunto com o participante e sua família (quando for pertinente). Deve-se orientar sua inclusão nos âmbitos social, profissional ou educacional, de acordo com seus interesses. É fundamental, nesta última etapa, que a pessoa possa refletir sobre seu projeto de vida com o apoio da família e da comunidade, para receber apoio tanto neste replanejamento, quanto na orientação para encaminhar-se ao cumprimento de suas próprias metas pessoais.

Em algumas ocasiões, alguns participantes, seja por suas características pessoais, por situações de saúde anexas à deficiência visual ou por decisão própria, não cumprem todos os objetivos



propostos inicialmente no Plano de Intervenção, FICANDO sem alcançar sua autonomia em algum aspecto de seu desempenho pessoal. Nesses casos, a equipe profissional deve orientar um trabalho que é realizado pela área de Psicologia ou de Serviço Social, conforme o caso, para que a pessoa possa retomar seu projeto de vida ou replanejar-se se for necessário, estando consciente das limitações que ainda mantém em alguns aspectos, sem que isso afete sua autoestima ou sua autodeterminação.

Com o objetivo de oferecer a abordagem mais integral possível, a reabilitação básica funcional deve contemplar o mínimo de serviços básicos para ser um apoio real nesta fase de transição, os quais são descritos a seguir:

ÁREA PSICOSSOCIAL

Uma condição de deficiência visual pode desencadear situações que impactam em áreas como a emocional, afetiva e cognitiva, as quais incidem de forma significativa dependendo do momento do surgimento, ou se esta é congênita ou adquirida (Cholden, 1958, Carroll, 1961 e Schulz, 1977). Essa situação não está desconectada de suas famílias e, em algumas situações, do entorno social, devido a manifestações de superproteção, exclusão ou rejeição em relação à pessoa.

Muitos desses fatores são representados por: depressão, ansiedade, baixa autoestima e crenças, atitudes e representações próprias sobre a deficiência visual. Portanto, não fazer uma intervenção adequada nesses fatores em conjunto com o participante, o serviço ou centro de reabilitação e a família, poderia afetar seu processo de reabilitação, inclusão social, educacional ou profissional. Dessa forma, a articulação da área psicossocial, mediante uma equipe



interdisciplinar ou colaborativa, favorecerá o cumprimento dos objetivos estabelecidos no plano de intervenção de cada participante.

Um aspecto a se levar em conta nos processos de reabilitação é conhecer as condições contextuais, econômicas, familiares e de acesso ao sistema de saúde de cada pessoa. Entender de forma individual cada um desses aspectos proporciona uma visão holística da forma de abordagem do plano de Intervenção em cada uma das áreas e de seu processo de inclusão.

Neste ponto, é importante ressaltar a importância que têm tanto o(a) psicólogo(a) quanto o(a) assistente social na reabilitação básica funcional, visto que o foco de trabalho de cada uma dessas disciplinas, as técnicas de intervenção implementadas e a articulação do entorno social antes, durante e inclusive a posteriori ao processo de reabilitação, trarão como resultado uma pessoa independente e com capacidade de agir.

ÁREA FÍSICA

Para uma pessoa com deficiência visual é de grande importância o desenvolvimento de habilidades físicas, sensoriais, comunicacionais, cognitivas e sociais para facilitar especialmente a orientação e mobilidade, ou seja, a capacidade de deslocamento em espaços fechados e abertos, fazendo uso de diferentes técnicas, tanto para pessoas com baixa visão quanto com cegueira e/ou surdocegueira. Isso inclui, por exemplo: a localização no traçado urbanístico, segurança nos cruzamentos veiculares, uso de escadas rolantes e de meios de transporte público, para adquirir independência e autonomia em seu entorno.

O desenvolvimento de atividades físicas, de acordo com as condições e necessidades de cada pessoa, possibilita gerar confiança, segurança, habilidades e capacidades que são importantes no apoio à



reabilitação em pessoas cegas, com surdocegueira ou com baixa visão. Nesta área, consideram-se imprescindíveis as contribuições da educação física e da orientação e mobilidade.

ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

A partir do enfoque de uma equipe interdisciplinar, um dos profissionais que intervém no processo de reabilitação é o Terapeuta Ocupacional, que, a partir de "uma perspectiva reabilitadora, prescreve ocupações, interações e adaptações do ambiente para facilitar para a pessoa a recuperação, o desenvolvimento ou a conservação de papéis para manter o bem-estar pessoal, alcançar metas significativas e relações apropriadas em seu contexto sociocultural" (García, Canosa e Talavera, 2009).

Avalia e intervém em cada uma das áreas de desempenho ocupacional, como as atividades da vida diária, básicas e instrumentais, e o desenvolvimento de destrezas e habilidades nos diferentes sistemas sensoriais, cognitivos e manuais. Realiza uma abordagem terapêutica aplicando técnicas que facilitam a independência e autonomia dos participantes, conforme suas capacidades, necessidades e interesses.

O conjunto dessas habilidades possibilita, além de sua independência e autonomia em seu desempenho humano, o viver em equilíbrio em sua vida familiar, comportamento social, geração de autoestima, cuidado de si mesmo e dos outros, fatores-chave para sua inclusão social e interação da pessoa com seu contexto.

ÁREA DA COMUNICAÇÃO

A comunicação humana é uma área-chave na representação de ideias, interação social e transmissão da informação, através de diversas formas de representação, como a escrita, oral, gestual ou



gráfica. A partir do modelo do funcionamento humano proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), são levantadas limitações para a atividade derivadas da própria deficiência visual, além de restrições na participação, que são geradas a partir de barreiras que podem ser contextuais (ambientais ou pessoais), que incidem na capacidade para desempenhar uma tarefa, que, neste caso, é a comunicação.

Cabe destacar que a condição de surdocegueira acarreta dificuldades na comunicação e no acesso à informação do ambiente, sendo este o aspecto chave para a abordagem integral desses participantes nos serviços e programas de reabilitação básica funcional.

Nesta área apresentam-se diversas formas de representação e acesso à informação, como o acesso à leitura e escrita mediante auxílios ópticos e não ópticos, no caso de pessoas com baixa visão, bem como a aprendizagem de outros recursos como o código Braille para pessoas cegas e a aprendizagem de sistemas aumentativos e alternativos de comunicação para as pessoas com surdocegueira. No capítulo XIV deste manual esta temática será abordada de maneira completa.

Inclui-se nesta área a abordagem em Tiflotecnologia, que consiste na aprendizagem da informática, na qual se busca o domínio do teclado nos computadores (datilografia) para facilitar posteriormente o domínio de sistemas operacionais através de programas leitores de tela, o uso das ferramentas de acessibilidade no caso de pessoas com baixa visão e o conhecimento e domínio das novas tecnologias para o acesso à comunicação (audiolivros, scanner, linha Braille, Tablet, smartphone e aplicativos disponíveis nas diferentes plataformas).



Esta área é de suma importância, visto que "a aplicação das ferramentas tecnológicas como produtos de apoio nas diferentes áreas ocupacionais do ser humano supõe uma fonte constante de soluções para as pessoas com cegueira e baixa visão, proporcionando maiores níveis de autonomia pessoal e bem-estar" (Varela, 2012, p. 200).

ÁREA DE ACOMPANHAMENTO DE PROCESSOS DE INCLUSÃO PROFISSIONAL

Cumpridas as etapas da reabilitação básica funcional, contempla-se a reabilitação profissional, que busca promover na pessoa com deficiência visual e/ou surdocegueira sua reinserção profissional, se for viável, ou sua inclusão profissional a partir do desenvolvimento de uma série de habilidades, hábitos e rotinas, para o desempenho profissional de acordo com suas capacidades e interesses.

A partir do modelo proposto na CIF, a reabilitação profissional busca compensar as limitações no desempenho geradas pela ausência parcial ou completa da visão e ir preenchendo as lacunas criadas pelas barreiras sociais, atitudinais e de exclusão em geral vividas pela população, promovendo dessa forma sua inclusão socioprofissional, mediante a obtenção, a manutenção e a promoção em uma atividade produtiva, permitindo assim a possibilidade de assumir um papel ativo em sua família e na sociedade em geral.

Durante o processo de reabilitação básica funcional, podem ser abordados aspectos relacionados à área profissional, onde se oferecem ferramentas sobre como se preparar para o trabalho ou outras habilidades que são necessárias em um posto de trabalho. No caso de pessoas que estão trabalhando ou que realizam um processo de reinserção ao posto de trabalho que possuíam, esta área pode ser abordada de maneira simultânea com as demais áreas de seu Plano de Ação. Preferencialmente, um Terapeuta Ocupacional, que, a partir de



seus conhecimentos, realiza uma avaliação do posto de trabalho, elabora um relatório com os ajustes a serem implementados para o desenvolvimento do cargo e de seu acompanhamento. Além disso, nesta área devem ser contempladas as diversas opções ocupacionais e profissionais que existem, incluindo, por exemplo, opções profissionais independentes, microempresas familiares, entre outras.

É de grande importância que o profissional encarregado da área trabalhe em articulação com o participante, a equipe interdisciplinar, a família e a gestão social, para o alcance dos objetivos propostos.

As informações descritas anteriormente apresentam as etapas e áreas principais que devem ser contempladas em instituições que oferecem serviços e programas de reabilitação funcional básica, a fim de que tanto os processos quanto os planos elaborados ofereçam uma abordagem integral à pessoa com deficiência visual e/ou com surdocegueira, atendendo as diferentes áreas que possam necessitar de apoio quando esta condição se apresentar, sempre assegurando uma participação protagonista do participante e de sua família, quando necessário.

Para além do âmbito em que é oferecido o atendimento às pessoas adultas que adquirem uma deficiência ao longo da vida, o importante é deixar claro que a abordagem sob este enfoque, com esses profissionais ou técnicos reabilitadores e com essa estrutura, tem gerado, há muito tempo, resultados muito satisfatórios nos locais em que é implementada.



BIBLIOGRAFIA:

American Foundation for the blind.
<https://www.afb.org/blindness-and-low-vision/visionaware>

California Department of Social Services. (2015). Handbook of resources and services for persons who are blind or visually impaired.
<https://www.cdss.ca.gov/cdssweb/entres/pdf/BlindHandbook/CompleteHandbook.pdf>

Ministerio de Educación Pública de Costa Rica. (2014). Plan de estudio Centro Nacional de Educación Helen Keller.
http://cse.go.cr/sites/default/files/acuerdos/centro_nacional_de_educacion_hellen_keller.pdf

Oviedo-Cáceres María del Pilar, Hernández-Padilla Martha Liliana, Suárez-Escudero Juan Camilo. (2021). Percepción de la rehabilitación visual: Una mirada desde las personas con baja visión. Revista Cuidarte;12(1):e1139. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1139>



CAPÍTULO 6. ÁREA PSICOSOCIAL.

Autoras:

- **Sandes, Ángela.** Graduada Em Serviço Social, Argentina.
- **San Martín, Verónica.** Graduada Em Psicología, Argentina.



INTRODUÇÃO

No presente capítulo, definem-se as áreas de Psicologia e Serviço Social dentro do contexto do processo de reabilitação de uma pessoa com deficiência visual, uma vez que ambas contribuem para a abordagem interdisciplinar necessária para sua eficácia.

Em relação à Área de Psicologia, apresenta-se um marco teórico para a abordagem psicológica com uma proposta teórico-metodológica, destacando as vantagens do trabalho por meio do atendimento em grupo, bem como os objetivos gerais e específicos que se estabelecem para cada sujeito singular que passa por seu processo de reabilitação, de acordo com seus desejos e necessidades.

No que diz respeito à Área de Serviço Social, define-se o posicionamento e o enfoque a partir do qual será realizada a abordagem profissional, o papel e as funções do Serviço Social, os objetivos da área e suas estratégias.

Ao finalizar o capítulo, são oferecidas alternativas para a abordagem à distância quando o trabalho presencial não for possível, tendo como precedente o contexto da pandemia por Covid-19.

ÁREA DE PSICOLOGIA

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

A área de psicologia é uma das principais dentro do contexto do processo de reabilitação. Acompanha o restante das áreas no trabalho interdisciplinar e está estreitamente associada às manifestações dos(as) participantes nos diferentes espaços de trabalho.

Disponibilizam-se ferramentas para a reflexão, verbalização e expressão dos sentimentos, emoções e vivências que a pessoa pode manifestar. Desse ponto de vista, utiliza-se uma abordagem psicanalítica baseada na preponderância da verbalização, como fato central terapêutico.



Concentra-se em trabalhar o luto, a elaboração deste para propiciar a abertura à aceitação, como convivência com a nova realidade determinada pela deficiência visual.

A deficiência visual é um fato não esperado, não desejado e irreversível, que acarreta o surgimento de distintas emoções de natureza traumática, causando alguns sintomas que se caracterizam, geralmente, por uma grande angústia, frustração, desânimo, ansiedade, resistência e sentimento de vazio. A pessoa, além disso, experimenta perda de papéis familiares, profissionais e sociais, afetando severamente sua autonomia e sua liberdade.

Todo momento de crise traz consigo uma situação de perda que acarreta a necessidade de elaborar luto. (Nuñez, B. 2010)

Luto é uma denominação que provém da Psicologia, da Teoria Psicanalítica, e que Freud (1917) descreve como um "processo intrapsíquico, determinado por fases atravessadas por uma pessoa que perdeu um objeto ao qual estava fortemente apegada".

Existe um sentimento de aflição, geralmente uma reação, diante da perda de um ente amado, mas também ocorre diante de uma separação, por exemplo, mudar de casa, cidade, ou uma deficiência, que, neste caso, é a perda visual.

No tipo específico de diagnóstico de um dano orgânico, é a família como totalidade que enfrenta essa perda, portanto, o luto compromete a família toda, é de cada integrante (Nuñez, B. 2010).

O processo de luto é composto por 4 fases, que foram definidas pelo psicanalista inglês John Bowlby (1976) e que se encontram descritas no livro de Blanca Núñez ("Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría". – Família e deficiência, da Vida cotidiana à Teoria. 2010). Estas podem variar quanto ao tempo de duração e intensidade, pode faltar alguma ou a ordem pode ser alterada. Ou seja, não ocorre da mesma maneira em todas as pessoas, mesmo vivendo a mesma



situação de perda. Podemos descrever essas fases da seguinte maneira:

1. Fase de Embotamento da Sensibilidade

Ocorre em um momento imediatamente posterior à confirmação diagnóstica. É como um entorpecimento da sensibilidade, frequentemente interrompido por explosões de cólera ou episódios de aflição intensa. É como um estado de choque, aturdimento e confusão.

2. Fase de Anseio e Busca da Figura Perdida

Manifesta-se quando a pessoa, junto aos membros da família, começa a perceber, ainda que de maneira esporádica, a realidade da situação que estão atravessando, porém acompanhada de uma tentativa de "não" admiti-la. Há uma atitude geral de descrença. São tentativas de reverter o irreversível, ocorre a peregrinação por diferentes médicos buscando aquela resposta diferente que lhes devolva a ilusão e que satisfaça a realidade idealizada.

Em alguns casos, o sentimento de negação é tão elevado que impede a pessoa de se conectar com as propostas terapêuticas dos(as) profissionais, como pode ocorrer na reabilitação.

Na maioria das vezes, manifestam-se sentimentos de irritabilidade, frustração, raiva, autocensura e acusações de médicos e familiares.

3) Fase de Desesperança e Desorganização

Nesta fase, começa a surgir como resposta emocional o sentimento de que "já nada pode ser feito", e, em muitos casos, a pessoa cai em quadros depressivos, apatia, sentimentos de vazio e impotência. Como resposta, costumam aparecer a desorganização e a falta de vontade.

4) Fase de Reorganização

Quando o luto segue um curso favorável, há um momento no qual se alcança a renúncia em recuperar o perdido. Evidencia-se uma



atenuação gradual das intensas reações emocionais que distinguiram as fases prévias. Há um lento reconhecimento e aceitação da perda irreparável.

Consegue-se construir uma nova ordem familiar convivendo com a deficiência daquele integrante da família que recebeu o diagnóstico.

Por outro lado, é importante destacar que, se houver paralisação em alguma das etapas descritas por um tempo prolongado, há uma paralisação do processo.

Não se elabora o luto de uma vez por todas, mas diante de cada nova situação de crise, ocorre uma reatualização do mesmo (Nuñez, B. 2010).

Como afirma Blanca Nuñez (2010): "A vida é agora diferente e é necessário fazer mudanças, ajustes e acomodações".

O papel do(a) Psicólogo(a) é determinado por diferentes momentos, desde a primeira aproximação da pessoa à instituição ou centro até a finalização de seu percurso pela reabilitação, na culminância do processo.

Os distintos momentos que englobam papéis diferenciados no trabalho profissional do(a) Psicólogo(a) são:

1. Entrevista de admissão.
2. Apresentação de relatório à equipe interdisciplinar.
3. Abordagem com atendimento em grupo ou individual.
4. Culminância do processo, com ou sem objetivos cumpridos.

ENTREVISTA DE ADMISSÃO

A entrevista de admissão é o primeiro encontro que se dá com a pessoa com deficiência visual dentro do processo de reabilitação. É a primeira aproximação à situação global-integral da pessoa, a partir da qual se realiza uma primeira avaliação a respeito de seu estado atual. São coletadas e registradas informações sobre aspectos vinculados ao



estado geral em que chega à instituição, bem como dados socioeconômicos importantes para a área de serviço social.

A partir do aspecto psicológico, investiga-se sobre: consciência da perda visual, recursos de elaboração com os quais a pessoa conta, recursos cognitivos, características pessoais e familiares, forma de se vincular, aptidões, necessidades, interesses, nível cultural, nível profissional e se realiza atividades sociais e recreativas. Avalia-se a possibilidade de integração da pessoa a um grupo de psicologia, determinado pelos aspectos anteriormente mencionados. Se por alguma dessas características não for possível sua incorporação ao grupo, ela é orientada a um espaço individual.

Utiliza-se a entrevista semidirigida como instrumento fundamental (ver Anexo I), oferecendo um espaço confortável de conversação, a partir do qual a pessoa possa expressar aquilo que a motiva a iniciar uma reabilitação. Geralmente, nesta primeira conversa, revisita-se o que a pessoa vivenciou, localizando datas, nomes de médicos, diagnósticos, mas sobretudo as emoções que sentiu. Algumas delas reaflorem, outras aparecem como algo novo, inédito, que em sua própria escuta ganham relevância.

Como a pessoa chega à entrevista de admissão? Na maioria dos casos, com ansiedade, angústia, incerteza, medo, sentindo-se inútil ou incapaz, apenas a título de exemplo. Tudo isso é natural quando desconhecem o lugar, as pessoas que ali trabalham ou o tratamento que receberão.

Nesse sentido, durante o contexto da entrevista de admissão, são disponibilizadas à pessoa todas as informações necessárias para que possa ter uma ideia concreta sobre do que se trata um processo de reabilitação, quais atividades são realizadas, com quais objetivos e qual é a finalidade. Informa-se que ela fará, em outro momento, um percurso, uma passagem pelas diferentes áreas, para que possa avaliar



mais especificamente suas necessidades e interesses em cada uma, a partir dos quais poderá selecionar junto a cada Profissional ou Técnico Reabilitador a melhor opção para abordar sua situação visual no contexto da reabilitação.

Por último, o profissional elabora um relatório onde registra as informações obtidas e o compartilha posteriormente com os demais profissionais das áreas, durante a reunião de equipe interdisciplinar.

APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIO À EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Após o momento inicial da entrevista de admissão, cada uma das áreas que nela intervieram (coordenação do centro de reabilitação, Serviço Social e Psicologia) deve elaborar um relatório, que será socializado e compartilhado com os demais profissionais durante a reunião de equipe programada semanalmente. O objetivo é visualizar e coletar as informações necessárias sobre as características, necessidades e desejos da pessoa que busca o serviço.

O profissional da área de Psicologia, em comum acordo com a pessoa, lhe designará um horário para que possa fazer parte de um grupo, com base em suas características, possibilidades de agrupamento, interesses, idade, patologia, entre outros. Caso contrário, pode-se combinar um espaço individual quando a participação em grupo não for viável.

Definida sua incorporação a um grupo ou a um espaço individual, começa-se a pensar nos objetivos possíveis que serão abordados a partir da área de psicologia.

OBJETIVO GERAL

Promover a elaboração do processo interno que a reabilitação da pessoa com deficiência visual acarreta, oferecendo ferramentas para



se alcançar a aceitação de sua nova condição, facilitando sua inserção social, familiar, acadêmica, profissional e comunitária.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fomentar o progresso no processo de reabilitação da pessoa com deficiência visual:

- Promover a aceitação da diminuição/perda visual.
- Fortalecer sua capacidade Resiliente ou construí-la, caso não exista.
 - Estimular a autonomia.
 - Reduzir a ansiedade.
 - Reduzir o estado de humor deprimido.
 - Propiciar uma melhor qualidade de vida, alcançando a convivência com a realidade inesperada.
 - Reduzir atitudes e comportamentos de rejeição perante as novas técnicas e ferramentas que lhe são oferecidas.
 - Estimular a elaboração de um novo projeto de vida, se não houver.
 - Acompanhar e facilitar a readaptação ao trabalho e ao estudo, mediante a tomada de consciência real sobre as capacidades, interesses, limitações e oportunidades que o meio ao qual pertence oferece.
 - Estimular a integração e interação social.
 - Dar suporte ao grupo familiar oferecendo recursos que permitam uma melhor convivência entre os integrantes, evitando atitudes de superproteção ou rejeição que obstaculizem o avanço da pessoa com deficiência visual.

Em alguns casos, observa-se certa resistência por parte dos(as) participantes em incorporar técnicas e estratégias ofertadas pelos Profissionais ou Técnicos Reabilitadores nas diferentes áreas, portanto



o trabalho conjunto e a abordagem interdisciplinar entre a equipe de tratamento são fundamentais para alcançar os objetivos propostos.

É comum, por exemplo, que algumas pessoas se neguem ou se angustiem sobremaneira ao utilizar a bengala branca de segurança ou algum elemento como viseiras, lupas ou lentes filtrantes, manifestando, em geral, vergonha, desconforto diante do olhar do outro, sentimento de desamparo ou vulnerabilidade.

Em tais casos, a área de psicologia se torna transcendental para acompanhar o trabalho das demais áreas. Intervém-se com recursos que orientem e acolham os(as) participantes e profissionais ou técnicos reabilitadores, com os quais, em muitas ocasiões, surgem as manifestações dessas questões emocionalmente desbordantes. Para com os participantes, oferece-se o espaço individual e em grupo para refletir, motivar e relacionar os possíveis causadores de tais sofrimentos, e assim conseguir reverter um pouco do que os provoca.

ABORDAGEM DE ATENDIMENTO EM GRUPO E INDIVIDUAL

Sugere-se a abordagem, a partir da área de psicologia, mediante atendimento em grupo, devido aos grandes resultados e efeitos obtidos. A experiência tem fornecido dados concretos sobre isso.

Como produto do intercâmbio entre os membros que compartilham sentimentos e se identificam em seu sofrimento, existe a abertura para abordar as diferentes temáticas concernentes à reabilitação visual. Revisita-se a patologia, os momentos que marcam o desenvolvimento vital de uma pessoa, as vivências construídas, a afetação do cotidiano, a angústia produto das grandes mudanças e dos fortes impactos em cada momento de crise, bem como os vínculos familiares e sociais que são postos em jogo desde o momento do início da deficiência visual.



Essa proposta deve ser um acordo com a pessoa, ela não é forçada nem obrigada a fazer parte de um grupo. Não é um requisito a ser cumprido. Em muitos casos, inclusive, decidem começar com outras áreas e atividades e, depois, surge a demanda para se incorporar a um grupo terapêutico de psicologia. O sigilo profissional do que é trabalhado e conversado nas sessões em grupo é mantido, e é pactuado entre todos os membros para que mantenham a confidencialidade e segurança dos participantes.

Se, por alguma razão fundamentada, o participante manifestar que não deseja participar de um grupo, ou se não apresentar as características de agrupamento, é-lhe oferecido o espaço individual de psicologia. Tanto no atendimento em grupo quanto no individual, as sessões são semanais e abordam os aspectos referidos especificamente à sua nova situação de vida e ao processo de reabilitação que está desenvolvendo.

Quando falamos de características de agrupamento, referimo-nos não só à existência do desejo, mas também que o(a) participante possa se sentir confortável com a proposta, que não exista algum impedimento auditivo, cognitivo, neurológico, psiquiátrico ou de outra natureza que obstaculize a possibilidade de compreensão e reflexão do que é falado. Que seja o momento singular da pessoa para poder elaborar o luto correspondente, para poder vivenciar o encontro com outros em situação similar, ou inclusive mais severa.

Nas palavras de Pichón Riviere (1975), ele define o grupo, o processo grupal, como "um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes espaço-temporais, o qual, articulado em sua mútua representação interna, propõe-se de forma implícita e explícita uma tarefa que compõe sua finalidade".

Pode-se pensar este conceito em relação ao que se dá, ao que se gera, em um grupo terapêutico de reabilitação. Que apresenta como



eixo principal a tarefa da elaboração do trabalho de luto, mencionado e descrito anteriormente no marco teórico referencial. É imprescindível que a pessoa possa construir ferramentas e estratégias para conviver de maneira otimizada com sua situação e deficiência visual e com seu ambiente familiar e social, bem como para recuperar seu projeto de vida.

CULMINÂNCIA DO PROCESSO COM OU SEM OBJETIVOS CUMPRIDOS

Será o último momento do processo de reabilitação, que pode ser determinado pela sua finalização a partir do cumprimento dos objetivos propostos em cada Plano de Intervenção Pessoal ou por não ter conseguido, por alguma razão, cumpri-los.

Em ambos os casos, o papel do(a) psicólogo(a) é fundamental, pois intervém oferecendo o espaço para elaborar esse momento no qual deixam de frequentar o centro. Para alguns(as) participantes, ter cumprido os objetivos propostos é o seu maior feito, ao mesmo tempo em que pertencem a uma identidade coletiva que temem perder se já não frequentarem. A angústia aparece novamente, invadida também pela satisfação, mas marcando esta passagem que é difícil de aceitar. Finalizar etapas marca também um início, de algo novo, de novas possibilidades e de diferentes formas.

Isso também faz parte, novamente, do trabalho de luto. Luto pelo que termina, pelo que a pessoa está habituada, por aquele contexto seguro que teme deixar e pelo novo que virá. É a culminância do processo, tendo obtido os recursos necessários para superar e se recomodar frente à realidade adquirida.

Por outro lado, existem situações em que alguns(as) participantes não conseguem alcançar os objetivos que inicialmente foram propostos. Às vezes porque algumas famílias é que determinam



que inicie uma reabilitação, mas o(a) participante, na realidade, não o deseja; porque a pessoa com deficiência não percebe a necessidade de modificar algo em sua vida; porque em certos casos existe uma maior negação da situação e da realidade; ou porque o tempo lógico, não cronológico, de uma pessoa com uma afecção visual não coincide com o tempo de iniciar uma reabilitação, o que gera maior dificuldade para se envolver em seu processo.

Neste sentido, é mister abordar a finalização e culminação do processo de reabilitação a partir dessa área, para permitir, dessa maneira, uma nova forma de pensar a deficiência visual.

ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL

Para o desenvolvimento deste tópico, acredita-se ser importante expor algumas considerações próprias da área de Serviço Social.

Em um texto de CELATS, resgatado pela autora Andrea Oliva, propõe-se que: "A profissão de Serviço Social resulta de um acúmulo de conhecimentos, principalmente das ciências sociais, que nos ajudam a compreender o homem em sua vida social, em suas necessidades e nas formas de satisfazê-las. Suas funções específicas são fundamentalmente de assistência, tomada no sentido reivindicatório, e de educação e gestão, no sentido de promoção e politização" (Mallardi; 2014).

ENFOQUE DE DIREITOS

A profissão de Serviço Social tem como eixo central em sua dimensão ético-política os Direitos Humanos. Estes estabelecem um marco normativo universal de proteção, principalmente da vida e dignidade do ser humano, independentemente de qualquer distinção de nacionalidade, etnia, idade, opinião política ou religião.



Como Assistentes Sociais, posicionar-se a partir de um Enfoque de Direito implica considerar e reconhecer as pessoas como Sujeitos plenos de direitos. O sujeito é pensado como um sujeito sócio-histórico, e é abordado como tal, já que se trabalha a partir de sua história de vida, de seus laços sociais, obstáculos e facilitadores, sua vinculação familiar e seu projeto de vida.

Parte-se do reconhecimento da pessoa como sujeito com capacidades, potencialidades e saberes, incluindo-se como sujeito participante e ativo de seu processo de reabilitação. Nesse sentido, ele é pensado como um entrecruzamento de aspectos universais, particulares e singulares. O universal expressa a condição de seres humanos, com direitos e capacidades; universal enquanto horizonte de sentido: "deve ser". O Particular compreende o sujeito em suas condições sociais de existência, a pertença, seu modo de vida, sua história sócio-familiar, o que "faz ser". O singular é o aspecto que dá conta da individuação do sujeito como ser único e irrepetível, sua configuração subjetiva; trata-se do "é" como síntese. (Cazzaniga; 1997).

PERSPECTIVA DE GÊNERO

Não se pode falar de intervenções a partir de um enfoque de direito sem a incorporação da Perspectiva de Gênero, assumindo que existem padrões sociais, baseados na divisão social do trabalho e da participação, que geram desigualdades entre homens e mulheres e dissidências em relação aos papéis atribuídos e assumidos socialmente. Diversos autores explicitam que a integração das perspectivas de gênero no campo da saúde significa levar em conta as diferentes necessidades das mulheres e dos homens. Nesse sentido, dada a influência dos fatores sociais, culturais e biológicos, é



necessário buscar melhorar a eficiência, cobertura e equidade, sendo que o objetivo fundamental é alcançar a igualdade de gênero.

FUNÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

Andrea Oliva (2000) analisa as funções do Serviço Social no contexto das contradições e polarizações que caracterizam a profissão, mencionando a Assistência, a Gestão e a Educação. No contexto da abordagem da área, a função socioeducativa do serviço social adquire especial relevância.

Entende-se que orientar, encaminhar e gerenciar um recurso, por exemplo, é uma parte indispensável da tarefa. No entanto, considera-se que não é possível reduzir a intervenção do Serviço Social a uma mera distribuição de recursos materiais que forneçam soluções pontuais e limitadas aos problemas sociais. Pelo contrário, acredita-se ser importante construir a intervenção a partir da compreensão e interpretação dos discursos dos sujeitos, buscando que adquiram uma postura crítica, reflexiva e ativa de sua realidade social. Da mesma forma é importante construir um espaço de acolhimento e acompanhamento das pessoas com deficiência visual e de seu grupo familiar. Nesse sentido, busca-se trabalhar em relação ao envolvimento e contribuição da família no processo de reabilitação dos sujeitos, detectando obstáculos e facilitadores.

O agir profissional visa gerar ferramentas direcionadas a fomentar, descobrir e construir redes de apoio, trabalhando conjuntamente com as pessoas que realizam o processo de reabilitação e sua rede de vínculos e articulando com outras instituições, se necessário.



INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Seguindo autores como Mallardi (2014), entende-se a intervenção profissional do(a) Assistente Social enquanto processo histórico. Esta se dá em uma determinada situação problemática que interpela a vida cotidiana do sujeito que a requer, o que dá início a um processo de indagação e reconstrução com o intuito de compreender seu significado social e histórico.

Nesse sentido, o(a) Assistente Social realiza um processo de reconstrução analítica no qual podem-se identificar as determinações e mediações que conferem particularidade à situação considerada.

A reconstrução analítica pressupõe o conhecimento não apenas dos aspectos objetivos, mas também dos subjetivos, ou seja, das visões e reconstruções que o sujeito realiza da situação objetiva.

Cabe destacar que nos processos de intervenção profissional se utilizam diversos elementos tático-operacionais, os quais se constituem em ações ou movimentos que o profissional realiza e utiliza, orientado pelos objetivos definidos, seja no Plano de Ação ou em uma determinada estratégia de intervenção acordada com a Equipe Interdisciplinar. Incluem-se dentro do conjunto de táticas operacionais: a observação, a entrevista, a entrevista domiciliar, o projeto social, o relatório social, entre outros.

OBJETIVO DA ÁREA DE SERVIÇO SOCIAL:

Favorecer o exercício pleno dos direitos das pessoas com deficiência visual e sua adequada vinculação com seu meio social e familiar.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Planejar estratégias, em comum acordo com o sujeito, com sua rede de vínculos e com a equipe de trabalho, que viabilizem e assegurem o acesso e a adesão ao processo de reabilitação.
- Fornecer atenção, assessoria e acompanhamento de situações sociais complexas.
- Intervir em situações que operam como obstáculos para a integração dos participantes ao centro de reabilitação.
- fornecer informações, acompanhamento e acolhimento aos participantes e suas famílias, o qual lhes permita enfrentar as dificuldades derivadas da vida cotidiana.
- Assessorar os participantes e familiares para o adequado exercício de seus direitos e o acesso a recursos presentes na comunidade.

PLANO DE INTERVENÇÕES

Para o alcance dos objetivos anteriormente mencionados, a partir da área de Serviço Social, serão executadas as seguintes ações:

- Realização de entrevista e Relatório de Admissão.
- Entrevistas na sede com participantes e/ou com suas referências familiares, a fim de atualizar informações ou intervir em situações problemáticas que afetem seu processo de reabilitação. Estas podem ser solicitadas pelo(a) Assistente Social quando julgar necessário, pela equipe interdisciplinar ou por demanda da família e/ou do(a) participante.
- Entrevistas individuais e/ou familiares dirigidas a propiciar apoio e acolhimento diante dos percalços que obstaculizam o processo de reabilitação.
- Coordenar junto com a Área de Psicologia as reuniões periódicas com as famílias, criando um espaço de diálogo e assessoramento



que permita a identificação de possíveis conflitos familiares que obstem o processo que cada participante está desenvolvendo para alcançar sua autonomia e autodeterminação.

- Orientação previdenciária e em gestões de recursos perante instituições ou organizações estatais ou privadas, quando a situação do participante e/ou grupo familiar o requeira.
- Oferecer informação sobre os direitos das pessoas com deficiência.
- Realização de Relatórios Sociais requeridos para diversas prestações ou instituições no contexto das estratégias de intervenção.
- Participação nas reuniões de equipe, com o objetivo de socializar informações e de avaliar e/ou definir interdisciplinarmente estratégias de abordagem.
- Articulação com recursos da comunidade e outras instituições, favorecendo a inclusão social.
- Organização e execução de atividades que favoreçam a participação e vinculação com instituições e pessoas que são referência na comunidade.
- Favorecer a incorporação dos(as) participantes em projetos de capacitação e inserção profissional.
- Oferecer contribuições a partir da especificidade profissional para o alcance dos objetivos do processo de reabilitação.
- Organização de oficinas socioeducativas destinadas aos/às participantes da instituição e/ou familiares e/ou a seus referentes afetivos.



ENTREVISTA DE ADMISSÃO

OBJETIVOS DA PRIMEIRA ENTREVISTA:

- Conhecer o sujeito e quais são suas condições e características socioeconômicas e familiares.
- Conhecer a avaliação que a pessoa faz de sua situação atual e as expectativas em relação ao início do tratamento.
- Visualizar facilitadores e obstáculos para o acesso e adesão ao processo de reabilitação.

Na entrevista inicial, são investigados aspectos vinculados à existência e características de sua rede social de apoio, a situação socioeconômica e profissional (tanto prévia quanto posterior ao surgimento do evento que gerou a deficiência) e a situação habitacional.

Busca-se começar a vislumbrar os recursos materiais e não materiais (redes sociofamiliares, recursos simbólicos) dos quais a pessoa dispõe. Começa-se a identificar potenciais barreiras ou obstáculos, quer sejam sociais, físicos ou culturais, bem como a reconhecer as pessoas que são suas principais referências significativas, que acompanham a pessoa em seu processo. Investiga-se sobre os gostos e interesses dos sujeitos, quais são suas avaliações e as expectativas a respeito do início do tratamento.

No Anexo II encontra-se um instrumento de registro dessa área. Ele pode ser replicado ou servir de orientação para guiar a entrevista de admissão.

O que for abordado na entrevista inicial será socializado na reunião de equipe, junto ao relatório da área de Psicologia, para disponibilizar informações que permitam organizar o percurso pelas diferentes áreas baseando-se nos desejos e interesses iniciais da pessoa.



ENTREVISTAS COM PESSOAS DE REFERÊNCIA (FAMILIAR/REDE DE VÍNCULOS)

- ESSAS ENTREVISTAS PODEM SER ORIGINADAS A PARTIR:
- DA iniciativa do profissional que realiza agendamentos sistemáticos de levantamento, monitoramento e acompanhamento.
- Em contínuo diálogo com a equipe interdisciplinar, o profissional de Serviço Social pode recepcionar inquietações em relação a algum aspecto sociofamiliar ENVOLVIDO no processo de reabilitação dos participantes e, dessa forma, intervir para contatar um familiar ou pessoa de referência.
- A demanda do participante e/ou de seu grupo familiar.

ESSAS ENTREVISTAS TÊM A FINALIDADE DE:

- Conhecer a relação e as características do vínculo desse sujeito com o(a) participante.
- Aprofundar informações em torno do participante, sua vida cotidiana, a dinâmica familiar e as percepções e implicações da pessoa de referência a respeito daquele(a) e de seu atual processo de reabilitação.

Essas entrevistas proporcionam uma visão mais ampla do contexto sociofamiliar dos sujeitos, permitindo uma leitura e compreensão mais vasta das situações.

Toda intervenção com as famílias deve ter como objetivo central "ajudar a família a melhorar sua capacidade de resposta diante da situação que atravessa" (NUÑEZ 2010:104).

Os familiares de pessoas com deficiência visual costumam experimentar sentimentos de solidão e desorientação, vivenciando a deficiência como algo correspondente à esfera privada. Para além dos discursos inclusivos, as famílias continuam experimentando respostas



pouco ágeis na sociedade às necessidades do familiar com deficiência e obstáculos na acessibilidade em diferentes áreas, o que muitas vezes produz um desgaste na trama vincular.

Nesse sentido, um espaço de escuta, de diálogo e de problematização torna-se fortalecedor para o grupo familiar e favorece a abordagem integral das pessoas com deficiência visual.

OFICINAS EM GRUPO

Essa abordagem pode ser enquadrada na função socioeducativa do Serviço Social expressa neste capítulo, com o objetivo de favorecer o exercício pleno dos direitos das pessoas com deficiência. A proposta pode ser implementada em articulação com outras disciplinas da equipe.

Sugere-se a criação de espaços de sensibilização, capacitação e intercâmbio, sendo as oficinas em grupo a modalidade recomendada, tendo como marco teórico-referencial a convenção Internacional sobre os direitos das Pessoas com deficiência.

A aquisição e compreensão, por parte dos participantes, do enfoque da deficiência baseado em direitos e do modelo social da deficiência previnem a reprodução de mitos e estereótipos e situa as pessoas com deficiência visual em melhores condições de exercer seus direitos.

Em tais instâncias, convoca-se os participantes a compartilhar e intercambiar sobre os distintos conceitos que circulam na sociedade a respeito da deficiência e sua implicação na vida cotidiana.

A seguir, apresentamos sugestões de temáticas suscetíveis de serem abordadas:

- Concepção de deficiência e sua evolução ao longo da história.
- Modelo social da deficiência.



- Denominação de "pessoa com deficiência" e suas implicações.
- Preconceitos, discriminação e representações sociais em torno das pessoas com deficiência.
- Conceito de autonomia e autodeterminação e sua importância para o exercício de outros direitos.
- Conceito de acessibilidade, tipos de barreiras de acessibilidade, Desenho Universal.
- Reabilitação como Direito.
- Boas práticas ao lidar com pessoas com deficiência visual.

Além disso, poderá ser aprofundado o conhecimento sobre a legislação vigente em cada país, os êxitos e dificuldades em sua implementação, bem como o papel que podem ter as organizações locais de pessoas com deficiência na reivindicação de direitos e no trabalho com a sociedade.

É fundamental favorecer a criação de espaços de diálogo e reflexão onde se possa problematizar as questões anteriormente mencionadas, bem como desnaturalizar conceitos socialmente estabelecidos em torno das pessoas com deficiência visual.

O modelo social implica uma nova forma de entender e atuar no campo da deficiência, com a qual os(as) participantes devem estar familiarizados. A incorporação desse paradigma lhes proporciona recursos para construir relações equitativas e respeitadas, exercer seus direitos e ter um papel ativo em sua comunidade.

As propostas temáticas mencionadas também podem ser desenvolvidas em espaços de Reuniões de Família, com as pessoas de referência significativa dos(as) participantes.

Comunicação (a)rticulação com referências institucionais / trabalho interinstitucional:



Nos casos em que a pessoa com deficiência visual participe de outras instituições ou serviços de saúde, é importante contatá-los e/ou aos profissionais de referência, tomar conhecimento de intervenções prévias, avaliações e abordagens realizadas. Isso permite ampliar o olhar e a leitura da situação do(a) participante, com o objetivo de fortalecer o trabalho articulado e interinstitucional.

O trabalho interinstitucional permite somar esforços, evitar a sobreposição de intervenções, alcançar a complementariedade e, por consequência, maior capacidade de resolução e mais eficácia e eficiência no que se realiza como produto da troca e da colaboração.

ACOMPANHAMENTO NA CONCLUSÃO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Da mesma forma, nas situações em que o processo de reabilitação se orienta a alcançar a inserção profissional, recreativa ou social, é importante o acompanhamento por parte dos profissionais da instituição, favorecendo a transição e a inserção em novos sistemas, como por exemplo: orientação sobre Centros Dia disponíveis, atividades lúdicas e recreativas na comunidade, outros espaços terapêuticos e inclusão em espaços ocupacionais, profissionais etc.

PROPOSTA DE TRABALHO A DISTÂNCIA

A partir da área Psicossocial, em situações nas quais o acompanhamento presencial não for possível, seja por isolamento ou por diferentes razões que impeçam a presença dos(as) participantes no Serviço de Reabilitação, realiza-se um trabalho coordenado com a Equipe Interdisciplinar, construindo estratégias para acompanhar, sustentar e oferecer os apoios necessários para que o processo de reabilitação não seja interrompido.



Em contexto de crise ou isolamento, os(as)) participantes, além de apresentarem uma perda visual real, podem experimentar sentimentos de solidão, perda de rotina e de contato social. Portanto, podem intensificar-se diversos sintomas, entre eles maior irritabilidade, angústia, instabilidade emocional, entre outros. Por esse motivo, torna-se necessário trabalhar com a rede vincular, oferecendo ferramentas e orientações que permitam compreender e acompanhar o familiar.

Além disso, busca-se envolver a comunidade em geral no acompanhamento dos sujeitos, ressaltando a importância da criação e manutenção de redes de cuidado e vínculos, como promotores de saúde em tempos de isolamento.

ESPECIFICAMENTE, PROPÕEM-SE OS SEGUINTE OBJETIVOS:

Recuperar os interesses, gostos e práticas recreativas com as quais os próprios sujeitos se identificam, a fim de promover um acompanhamento oportuno e singular.

- Contribuir para a organização e distribuição do tempo das pessoas que atravessam períodos de isolamento.
- Fortalecer a articulação e interação entre a comunidade e os(as)) participantes.
- Acolher, mostrar apoio e promover a escuta.
- Incentivar espaços de diálogo, comunicação, expressão de sentimentos e troca.
- Favorecer a manutenção do círculo social de cada participante.

Oferecer ferramentas e orientações à rede vincular, que possibilitem um acompanhamento oportuno no processo, já que muitas áreas propõem estratégias nas quais é fundamental o apoio de um familiar para desenvolver diversas atividades.



AÇÕES:

É importante destacar que, no desenvolvimento de cada uma das estratégias, serão consideradas as particularidades de cada sujeito quanto aos seus interesses, saberes e gostos, para selecionar, em cada situação concreta, os elementos que resultem mais convenientes, de acordo com suas singularidades.

Levando em conta os objetivos anteriormente mencionados, propõem-se como ações possíveis:

- Reuniões de Família virtuais: podem ser realizadas na modalidade individual e/ou em grupo.
- Acompanhamento telefônico para os participantes: as entrevistas que usualmente são realizadas de forma presencial serão realizadas por meio dos dispositivos tecnológicos disponíveis. É fundamental a abordagem voltada a gerar rotinas e atividades que sustentem a conexão com o prazer, o compromisso e as responsabilidades que alguns acreditam ter perdido.
- Espaços de oficina virtual em grupo: neles será estimulada a partilha de situações da vida cotidiana, incentivando a escuta mútua dos relatos, vivências e sentimentos de cada participante a partir de uma posição empática, gerando um espaço de apoio mútuo. Ao mesmo tempo, isso permitirá que os profissionais identifiquem pontos de atenção significativos de abordagem.
- Criação coletiva de produções artísticas e de intercâmbio entre participantes: por meio de diversas ferramentas como literatura, música, artes plásticas etc., que permitam favorecer a expressão de afetos, sentimentos e emoções em um processo compartilhado.



ANEXO I: MODELO DE ENTREVISTA DE ADMISSÃO EM PSICOLOGIA

AVALIAÇÃO INICIAL

Data:

Nome Completo:

Idade: Data de Nascimento:

Documento de identidade (RG/CPF):

Estado Civil:

Nível de escolaridade:

Ocupação profissional:

Diagnóstico:

Momento em que ocorre a deficiência:

Antecedentes clínicos de outras patologias:

Antecedentes psicoterapêuticos prévios:

Situação pessoal atual:

Atividades que realiza:

Atividades sociais:

Expectativas relacionadas à reabilitação:

Composição familiar e grupo de convivência:

Atitude familiar em relação ao participante:

Indicação de psicoterapia:

Indicação para estudo em Baixa Visão:

Prognóstico de reabilitação:

Outros:



ANEXO II: MODELO DE INSTRUMENTO DE ADMISSÃO SERVIÇO SOCIAL

RELATÓRIO DE SERVIÇO SOCIAL

Data:

Dados pessoais:

Nome completo:

Idade: rg/cpf: data e local de nascimento:

Endereço:

Bairro:

Município:

Nacionalidade:

Telefone:

Telefone de familiar/referência:

Cobertura social:

Laudo atestando a deficiência

Aspectos de saúde

Encaminhado por:

Oftalmologista responsável:

Local de atendimento:

Diagnóstico:

Outros aspectos relevantes (antecedentes patológicos, especialidades envolvidas, tratamentos etc.):

Grupo familiar/rede de vínculos

Estado civil:

Núcleo familiar que mora na mesma residência

Nome completo	Idade	Parentesco	Cobertura Social	Estado Civil	Profissão

Familiares que não moram na mesma residência, outros vínculos de referência:

Aspecto educacional / econômico-profissional

Nível de escolaridade/cursos realizados:

Antecedentes profissionais/ocupação:

BENEFÍCIO	SI
Aposentadoria	
Pensão	
BENEFÍCIO SOCIAL (NO BRASIL: BPC, AUXÍLIO BRASIL etc.)	
Ocupação profissional	
Outros benefícios sociais	

ASPECTO HABITACIONAL (MORADIA)

- Tipo de moradia:

- Urbana/rural
- Casa
- Habitação precária



- Apartamento
- Cômodo de pensão(a)lugar

- Serviços disponíveis:

- Moradia:

- Própria
- Alugada
- Cedida
- Outra situação

- Pavimentação urbana:

- Asfalto
- Terra/chão batido
- Terra com melhorias
- Calçamento/paralelepípedo

Outros aspectos:

- Atividades cotidianas/sociais:
- Transporte que utiliza:
- Utiliza bengala/muleta de segurança:
- Expectativas / objetivos relacionados ao tratamento de reabilitação

Observações:



BIBLIOGRAFIA:

BANG Claudia, Abordajes comunitarios y promoción de salud mental en tiempos de pandemia, pág. 18, em Torrado Lois, Carlos ET AL (2020) Diálogos: Educación y comunidad. Aportes para la reflexión en tiempos de crisis. Talleres Gráficos Ltda. Montevidéo - Uruguay

BOWLBY JOHN (1976) "Perda, Tristeza e Depressão". Buenos Aires. Paidós.

CAZZANIGA, S. (1997). *El abordaje desde la singularidad*. Disponible em: catedras.fsoc.uba.ar/.../cazzaniga.%20el%20abodaje%20de%20la%20singularidad.doc. 28/11/2016

ENRIQUE PICHON RIVIERE (1975) "El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social". Ediciones Nueva Visión.

FREUD SIGMUND (1917) "Luto e melancolia". Obras Completas, Tomo XIV. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

FREUD SIGMUND (1921) "Psicologia das massas e análise do eu". Obras Completas, Tomo XVIII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

MALLARDI, M. (2014). *Proceso de Intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico*. 1ª ed. – La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

MONCZER M., (2018) "Las consecuencias psíquicas y físicas del aislamiento en adultos mayores"

NUÑEZ BLANCA (2010). Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría. Buenos Aires. Lugares Editorial.

NUÑEZ BLANCA (2012), *Que necesitan las familias de personas con discapacidad?: investigación, reflexiones y propuestas/ Blanca Nuñez; Liliana Pantano; Alicia Arenaza*. – 1ª ed. – Buenos Aires: Lugar Editorial. pág. 188



STOLKINER, Alicia (2012) “Diálogo sobre interdisciplina”. Periódico En Diálogo, Extensión, Universidad de la República Uruguay.

TORRADO Lois, Carlos et al (2020) Diálogos: Educación y comunidad. Aportes para la reflexión en tiempos de crisis. Talleres Gráficos Ltda. Montevideo – Uruguay



CAPÍTULO 7: ÁREA FÍSICA: EDUCAÇÃO FÍSICA.

Autoras:

- **Guevara Torres, Marjorie.** Graduada em Educação Física com Ênfase em Docência, Costa Rica.
- **Suñe, María Hermínia.** Professora Universitária de Educação Física (UNLP), Argentina.



INTRODUÇÃO.

O profissional de educação física em um centro de reabilitação é parte integrante da equipe interdisciplinar. Planeja e regula a atividade física que será executada pelas pessoas com deficiência visual a partir de suas individualidades, necessidades e possibilidades, por meio de sessões de exercício físico regular e sistemático, tentando modificar e/ou criar consciência de prevenção e introdução de hábitos saudáveis na vida cotidiana, bem-estar corporal, desejos de superação e melhoria da autoestima.

Seu papel técnico-profissional em um centro de reabilitação tem a missão de ser um dos elos para facilitar a inclusão social por meio da educação corporal, da atividade física, da recreação e da iniciação esportiva, se assim a pessoa escolher.

Considera-se relevante abordar este trabalho, já que as pessoas com deficiência visual necessitam exercer seus direitos em atividades educacionais, laborais, recreativas e esportivas, o que faz com que os profissionais da área se vejam impelidos à necessidade de oferecer-lhes um maior número de oportunidades com o objetivo de promover seu processo de reabilitação e inserção social. Por isso, no presente capítulo revisaremos o marco teórico e o papel do(a) professor(a) de Educação Física dentro de um Serviço de Reabilitação.

Na última etapa do processo de reabilitação pode ser oferecida a orientação e acompanhamento dados pelo profissional, com relação ao esporte, trabalhando na reinserção da pessoa com deficiência, implementando o hábito da prática diária de atividade física, para melhorar sua qualidade de vida e bem-estar bio-psico-social.

EDUCAÇÃO CORPORAL.

A atividade física é essencial para a manutenção e melhoria da saúde e a prevenção de doenças, para todas as pessoas e em qualquer



idade. Contribui para o prolongamento da vida e para melhorar sua qualidade, através de benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais.

SER corpo é a característica principal do sujeito; o corpo incluem e abriga o movimento, a sensação, o sentimento, o pensamento, a inteligência, os desejos. Vive-se nele, atua-se através dele, a pessoa se expressa por ele. A corporeidade se constrói e modifica a cada instante, compondo um esquema corporal próprio e variável, em diálogo com o ambiente, os outros e as circunstâncias que o condicionam na vida cotidiana.

A trajetória de vida dos sujeitos se imprime em seus corpos. Isso se dá de acordo com as experiências, através dos atos e atitudes com os demais, através das palavras, com as ações dos outros em relação ao seu corpo. Aparece na maneira de se posicionar, de se mover, nos gestos, na mímica etc. Por trás das tensões e contraturas se escondem situações que ocorreram, que machucaram ou preocuparam, ou maus hábitos ao longo do tempo. O sistema de defesa começa a agir, os músculos se contraem, como proteção, e é difícil relaxar completamente. Assim, a pessoa mantém uma atitude de prevenção e a rigidez se instala, o conjunto do corpo se altera, os músculos contraídos deixam de exercer sua função, são supridos por outros e o corpo se adapta, se reforma ou se deforma.

CONSCIÊNCIA DO PRÓPRIO CORPO.

Em primeiro lugar, é necessário estar no presente para poder conectar-se com as sensações do corpo. Tirar um tempo para a observação e autodescoberta, valorizar em primeiro lugar as sensações e aumentar o esforço gradativamente, e, dessa maneira, explorar e realizar os movimentos de acordo com as próprias necessidades.

A forma seria construir a partir da percepção e da consciência corporal um diálogo permanente entre o dar-se conta e a ação.



Deixar de lado quantas vezes se faz um movimento, e priorizar como e a partir de qual lugar, com qual intenção. Por esse motivo, se um movimento é repetido dessa maneira, ele nunca é igual. Nem a execução, nem o sentir; não se escuta ou sente da mesma forma.

O corpo humano recebe múltiplas aferências sensoriais (exteroceptivas) e tem a riqueza de se autoperceber (propriocepção e interocepção). O desejo de agir suscita informações proprioceptivas, exteroceptivas e impressões emocionais. Tudo isso compõe o esquema corporal.

Durante o trabalho, o(a) participante aprende a ouvir as instruções enquanto executa o exercício, assim como a realizar as modificações necessárias sem parar o movimento. Dessa forma aprende a agir enquanto pensa e a pensar enquanto age (tornar consciente seu próprio movimento).

As atitudes corporais que está criando dependerão do que faz e como faz.

Por isso o corpo é história e projeção. O que foi feito até agora são as experiências prévias, que são a base sobre a qual construir futuros aprendizados. A realização consciente de um novo movimento ou engrenagem de movimentos e sua adequação ao espaço e ao tempo exige o emprego de conexões nervosas até então não utilizadas, que enriquecem o repertório motor. Depende de cada um(a) determinar qual é o caminho que quer percorrer, para seguir construindo sua própria história corporal.

Qualquer situação é propícia para conectar-se com a consciência corporal do momento presente. O mais simples é quando se está em práticas de exercícios de consciência corporal, mas também se pode estar em conexão com a linguagem física realizando exercícios corporais de qualquer tipo e estilo, assim como com as tarefas mais



cotidianas do dia. Tudo isso é mais fácil se já foram criados hábitos saudáveis e benéficos para o corpo.

A educação física, através de seus recursos e estratégias, fornece ferramentas elementares de técnicas corporais que permitem compreender e apreender sobre o intrincado existente entre Tônus-Postura-e Movimento.

É importante aprender a diferenciar no próprio corpo o tônus e suas variantes; a postura, como arquitetura corporal; e o movimento, sua percepção interna e sua relação com o ambiente para, a partir daí, fortalecer a arquitetura corporal, equilibrar tensões e encontrar organizações corporais favoráveis que permitam aprender a conhecer o próprio corpo e o próprio movimento para alcançar a maior disponibilidade corporal possível para cada um(a), explorando as possibilidades de movimento, despertando a criatividade e aprofundando a autoconfiança.

Despertar a qualidade de se ouvir, aceitar qual é a realidade do momento presente e, a partir da confiança de que é possível, trocar o corpo rígido pelo corpo disponível, recuperar a mobilidade da coluna, a torção, a mobilidade do pescoço. O corpo que não se move se torna rígido, se ancilosa. A elasticidade é máxima nos bebês e se vai perdendo ao longo da vida, por isso sempre se deve considerar trabalhá-la.

O corpo tem memória, os músculos, tendões, emoções, o consciente e o inconsciente estão guardados no corpo. Por isso se fala de história e de projetar para o futuro, guardando nele o que faz bem.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL.

A melhoria do conhecimento da autoimagem, a maior recepção de informações sensoriais, o incremento da autonomia e independência, a orientação espacial, o equilíbrio e a coordenação a



criação de hábitos favoráveis (entre eles a postura) tomam outra dimensão na aprendizagem através do corpo para as pessoas com deficiência visual, já que lhes permite sentir-se melhor com seu corpo e, a partir daí, projetar-se para o mundo exterior com maior autoconfiança e autonomia.

A postura corporal é o alinhamento simétrico e proporcional de todo o corpo ou de um segmento corporal em relação ao eixo de gravidade. Pode ser considerada de duas formas: estática ou dinâmica. De um ponto de vista estático, a postura é a posição relativa do corpo no espaço onde se encontra, ou das diferentes partes do corpo em relação a outras, enquanto no sentido dinâmico é entendida como o controle da atividade neuromuscular para manter o centro de gravidade dentro da base de sustentação.

"A postura se manifesta em qualquer posição, atitude ou movimento mais ou menos habitual que se realize, em toda a gama de posições e/ou movimentos cotidianos" (Ginástica especial corretiva. Alberto Langlade. 1981-Ed. Stadium) assim considerada do ponto de vista estático e dinâmico, a postura não é um estado, é um processo que permanece em um estado de ajuste contínuo. Deveria poder ser mantida sem esforço. O esqueleto é capaz de sustentar o corpo sem gastar energia, apesar da tração da gravidade. A estrutura do esqueleto deve contrabalançar a ação da gravidade, deixando os músculos em liberdade de movimento. Se os músculos tiverem que cumprir a tarefa do esqueleto, não só gastarão energia desnecessariamente, como também serão impedidos de cumprir sua principal função, que é a de modificar a posição do corpo, ou seja, a do movimento.

O controle dos músculos que contrariam a força da gravidade é organizado por uma seção especial do nosso sistema nervoso, da qual só temos um vislumbre na consciência. Esta seção é uma das mais



antigas na espécie humana, mais antiga que o sistema voluntário e também se encontra, do ponto de vista físico, abaixo deste.

Os reflexos posturais e proprioceptivos são determinantes na atitude postural. As pessoas podem modificar hábitos por meio da aprendizagem, da consciência e da vontade, e transformá-los em atitudes benéficas para seu dia a dia.

A imagem corporal em relação a uma postura correta costuma estar distorcida na pessoa com deficiência visual. Isso ocorre porque, para manter uma postura bípede correta, é necessária a intercomunicação de três sistemas: o sistema visual, o sistema vestibular (que se encarrega dos ajustes posturais e dos movimentos musculoesqueléticos) e o sistema somatossensorial (que é o que fornece conhecimento ao corpo sobre a propriocepção).

A visão desempenha um papel importante na estabilização da postura, já que fornece informações ao sistema nervoso central sobre direção, velocidade dos movimentos e a localização dos segmentos do corpo no ambiente. Junto a outros canais sensitivos, contribui para dar informações sobre o espaço circundante. Conseqüentemente, a ausência total ou parcial de visão pode contribuir indiretamente para variações na postura, no equilíbrio e na percepção espacial, gerando compensações que a longo prazo podem desencadear alterações posturais.

As posturas incorretas que as pessoas com baixa visão adotam como forma de compensação para diminuir a distância entre o objeto a ser visualizado podem resultar em desvios do eixo postural e contraturas, que podem alterar o equilíbrio e aumentar o risco de quedas.

Nas pessoas cegas de nascença, a impossibilidade de imitar posturas pode resultar em posições inadequadas.



Uma pesquisa menciona informações relativas à antepulsão de cabeça (90%), hipercifose (40%) e hiperlordose (60%) como alterações posturais mais frequentes em indivíduos com deficiência visual (Casus-Revista de investigación y casos -Peru- agosto 2019).

Os defeitos posturais nas pessoas com deficiência visual afetam:

- A caminhada eficiente.
- O uso correto da bengala branca de segurança.
- A mobilidade e segurança efetivas.
- A recepção de informações a partir do corpo e do movimento (por meio da propriocepção) e a partir dos canais exteroceptivos.

"A boa posição vertical é aquela a partir da qual bastará um esforço muscular mínimo para mover o corpo com a mesma facilidade em qualquer direção que se deseje. Isso significa que na posição ereta não deve haver esforço muscular algum que derive do controle voluntário, independentemente de esse esforço ser conhecido e deliberado ou de ser ocultado da consciência pelo hábito" (Moshé Feldenkrais-Autoconciencia por el movimiento-1977-Ed Paidós)). É o resultado de uma coordenação equilibrada sem esforço. É a meta desejável para uma pessoa com deficiência visual que requer a liberdade de mobilidade efetiva.

O corpo é a via para que a pessoa estabeleça relações consigo mesma e com o meio exterior através do campo perceptivo-motor, por meio da ativação das coordenações sensório-motoras, neuromusculares e perceptivo-motoras que lhe permitem a tomada de consciência do seu corpo, com vistas a reconhecê-lo e senti-lo como unidade, bem como sua localização e estruturação espaço-temporal, eixos que situam as pessoas em todas as suas ações.

Todas as pessoas repetem determinados padrões de movimento, que incorporaram de forma consciente ou inconsciente ao longo da



vida. Essa informação aprendida, com a repetição, torna-se automática. Este processo ocorre em cada ação nova que se realiza. Quando esse mecanismo transcorre eficientemente, ao se produzir a automatização, as células do córtex cerebral ficam liberadas para o pensamento consciente e a criatividade. A pessoa está disponível para se abrir mais a novas sensações, a novas experiências.

Quanto às pessoas com deficiência visual, se modificarem hábitos prejudiciais de forma consciente e os transformarem em atitudes favoráveis, estarão atentas a circunstâncias eventuais que surjam do ambiente e poderão se adaptar a elas com mais eficiência.

A pessoa que perde a visão precisa aprender técnicas para se locomover. Sendo este um novo aprendizado, requer um tempo para ser interiorizado e automatizado, para depois poder estar atenta ao espaço e resolver problemas eventuais que surjam em seu exercício de deambular por espaços internos ou pela via pública.

Por exemplo, ao aprender um ato motor novo, como caminhar usando a bengala branca de segurança, a aprendizagem é consciente. Com a repetição, alcança-se a automatização. Assim, diminui-se a tensão, o que permite estimular o uso do complexo sensorial para adquirir e integrar novos elementos de informação, cuja entrada estava bloqueada pela tensão, e que é imprescindível para uma maior autonomia nas pessoas com baixa visão, (Néstor de León.)

A partir do movimento pode-se aumentar a possibilidade de receber percepções do ambiente e do próprio corpo. Desse ponto, pode-se considerar o movimento como uma percepção. Dessa forma, o corpo se expande, conhecendo e explorando além de seus limites. Diante do exposto, nas pessoas com Deficiência Visual o movimento assume outra relevância, porque, com as medidas de segurança necessárias e com a aquisição de consciência do espaço, incrementa as possibilidades de receber informações de si mesmo e do ambiente.



Dito de outra forma, através do movimento o interno se organiza e, a partir daí, o exterior, e vice-versa. Sentir melhor os contornos do corpo ajuda a sentir melhor o que ocorre ao redor e a melhorar a relação com o ambiente. Por exemplo, perceber a planta dos pés permite sentir o chão. Conhecer o corpo ajuda a saber com exatidão o que se está fazendo e o que realmente se pode fazer.

O espaço mental é construído à medida que os movimentos e as ações se coordenam e se internalizam. Escutar e executar requer concentração cognitiva. Quando se associa a palavra à ação, o movimento e a ação se internalizam e passam a fazer parte do repertório de padrões de movimento que a pessoa possui.

É importante para a pessoa com deficiência visual ir tomando consciência do seu próprio corpo, das posições, das sensações, da postura e do movimento, para poder começar a modificar certos hábitos de forma consciente e a transformá-los em atitudes naturais favoráveis.

É necessário destacar a importância da postura e do equilíbrio. O caminhar é uma contínua perda e recuperação do equilíbrio, ainda mais para as pessoas com deficiência visual, nas quais falta total ou parcialmente um dos componentes da tríade: propriocepção, vestibulo e visão.

A sensibilidade proprioceptiva ou postural fornece informações a partir das articulações e dos músculos. Esses estímulos geram as atitudes, as posturas e os movimentos. Assim, o equilíbrio é regulado sob o controle do labirinto, somado às sinergias necessárias para a execução de todo deslocamento corporal. Desta forma, a postura, o tônus, a posição, a atitude, o equilíbrio e a coordenação se articulam em um diálogo com as emoções, os conceitos e as informações provenientes do meio ambiente.



Os distintos segmentos corporais pertencem a um todo, por isso é necessário considerar o corpo como uma totalidade e permitir, a partir da prática, que o movimento flua e que todo o corpo acompanhe harmoniosamente os movimentos dos segmentos corporais.

A respiração está submetida a influências corticais e também participa desse intrincado em que o corpo e o movimento – com seus gestos, o tônus, o espaço, as posturas e o tempo – se constroem como o dizer corporal de um sujeito.

Podemos resumir estes conceitos nas palavras de Mirtha Chokler, em “Os Organizadores do Desenvolvimento Psicomotor” (1998): “O equilíbrio e o controle progressivo do corpo estão relacionados com as posturas, os deslocamentos e os esquemas motores – sua autorregulação ocorre com o apoio do sistema proprioceptivo vestibular – base do sentimento de segurança pessoal, de harmonia e liberdade, afirma a disponibilidade para o ato e a eficácia em sua concretização”.

CONDIÇÃO FÍSICA, MOVIMENTO E SAÚDE.

“A saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecções ou doenças” (OMS). Quanto maior a condição física, maior a saúde.

A condição física refere-se ao estado do corpo de um indivíduo. Quem tem uma boa condição física está capacitado para realizar diversas atividades da vida diária (caminhar, limpar, carregar pesos, mover objetos) com efetividade e vigor, evitando lesões e com um gasto de energia reduzido. Por outro lado, aquelas pessoas que têm má condição física sentem cansaço pouco tempo após o início do trabalho, experimentando uma progressiva deterioração de sua capacidade e de sua efetividade.



A condição física depende de uma série de capacidades ou qualidades

Físicas que são favorecidas e melhoradas com o treinamento, denominadas capacidades condicionais ou motoras. Nem todas as pessoas têm a mesma condição física, que é determinada por fatores, sendo alguns modificáveis e outros não.

FATORES NÃO MODIFICÁVEIS:

- **HERANÇA:** Todas as pessoas possuem informações genéticas que definem sua estatura, formação óssea, cor do cabelo etc.
- **IDADE:** Com o aumento da idade, o organismo perde disponibilidade para o exercício.
- **SEXO:** A constituição física masculina é dotada de mais força, e a feminina, de maior flexibilidade.

FATORES MODIFICÁVEIS:

- **TREINAMENTO:** É o conjunto de procedimentos e atividades que permitem melhorar a capacidade física, desenvolvendo as qualidades de um indivíduo da forma mais adequada e em função das circunstâncias.
- **HÁBITOS DE SAÚDE:** Fumar, má alimentação, obesidade, sedentarismo, são fatores negativos para a condição física sobre os quais cada um(a) pode incidir.
- As capacidades condicionais são as qualidades de uma pessoa em movimento e determinam sua condição física. Elas são inatas, podem ser melhoradas com o treinamento ou a preparação física e permitem realizar atividades motoras cotidianas ou esportivas. Como o nome indica, sua presença é condição indispensável para que o movimento seja possível.



- São elas: FORÇA, VELOCIDADE, RESISTÊNCIA E FLEXIBILIDADE, e sugere-se trabalhá-las em pessoas com Deficiência Visual.

FORÇA

Define-se como a capacidade de um músculo gerar tensão em função de uma necessidade. O corpo é sustentado por uma estrutura composta por ossos, articulações e músculos; estes últimos fornecem a força necessária para os movimentos e a sustentação do corpo.

TRABALHAR A FORÇA PROPORCIONA OS SEGUINTE BENEFÍCIOS:

- Em relação à postura corporal: A contração sustentada dos músculos que mantêm a posição ereta é chamada de **TÔNUS MUSCULAR**. Obter o tônus muscular adequado para esse suporte previne dores por má postura, deformações ósseas e lesões nas articulações.
- **MELHORA DO EQUILÍBRIO:** A posição ereta é, fundamentalmente, uma posição de EQUILÍBRIO, que exige manter a estrutura esquelética em extensão, contra a força da gravidade, pela interação contínua dos músculos posturais. Para manter-se em equilíbrio, o ser humano deve manter o centro de gravidade em uma região que se encontra dentro da base de apoio e diretamente acima dela.
- **VELOCIDADE DE REAÇÃO:** Permite ter o sistema nervoso treinado para responder de forma efetiva a qualquer situação cotidiana, por exemplo, impedir que algo caia, ou frear rapidamente diante do surgimento inesperado de um objeto.



RESISTÊNCIA

É a capacidade que permite manter um esforço intenso durante o maior tempo possível. Isso seria poder caminhar, correr, nadar etc., por um tempo prolongado. As melhorias que acompanham o treinamento dessa capacidade são fundamentalmente adaptações ou mudanças no sistema cardiovascular.

"O sedentarismo duplica o risco de sofrer doenças cardiovasculares e diabetes tipo II, ao mesmo tempo que aumenta o risco de sofrer hipertensão arterial." (OMS 2014)

Trabalhar a resistência:

- Melhora a oxigenação e o funcionamento pulmonar. Reduz o risco de desenvolver doenças importantes como cardiopatia coronariana, hipertensão, acidente vascular cerebral etc., dado que aumenta o tamanho do coração e sua capacidade, produzindo a queda da tensão arterial e melhora da circulação. Diminui a ansiedade, reduzindo significativamente os sintomas de depressão. Ajuda a desenvolver uma tolerância superior ao cansaço. Previne a obesidade e a diabete.

Todas as atividades que envolvem deslocamentos e coordenação (caminhar, correr, saltar) exigem constante atividade dos mecanismos de regulação do equilíbrio e desenvolvimento da orientação espacial.

FLEXIBILIDADE

A FLEXIBILIDADE (MOBILIDADE + ALONGAMENTO) é a capacidade de movimento, ou a melhoria da abrangência de movimentos de nossas articulações, graças à elasticidade e extensibilidade dos músculos que as rodeiam. É uma capacidade física que se perde com o crescimento (mas pode ser recuperada com treinamento). A flexibilidade depende da mobilidade das articulações e da elasticidade (alongamento) dos músculos. Para um bom



funcionamento, as articulações necessitam de tendões fortes e músculos flexíveis.

Isso melhora a abrangência de movimentos, reduzindo dores, tensões e lesões. Quando no dia a dia não se utiliza as articulações em toda a sua abrangência de movimentos, elas vão perdendo firmeza e estabilidade e os ligamentos que a compõem tendem a encurtar, chegando, com o tempo, a perder grande parte do movimento natural da articulação e também sua lubrificação, o que produz dor ou impossibilidade de certos movimentos.

A melhoria da flexibilidade é uma das qualidades físicas que mais proporciona qualidade de vida. Aumentando a mobilidade, aumentamos as possibilidades de uma vida saudável, evitamos dores nas articulações, diminuimos a possibilidade de sofrer lesões musculares (um músculo que é flexível alonga-se diante de um movimento brusco, enquanto um que não o é, se lesiona) e diminuimos também o aparecimento de contraturas musculares (cervicais, dorsais, lombares etc.).

As contraturas musculares limitam o funcionamento e causam dor nos músculos, as chamadas hipertônias (excesso de tônus) do músculo, os quais, com trabalhos de flexibilidade, recuperam seu tônus normal em pouco tempo.

Diante do exposto, pode-se concluir que trabalhar a flexibilidade beneficia diretamente a postura corporal, corrigindo os defeitos nela produzidos pela gravidade e pela manutenção, por longo tempo, de certas posturas incorretas ou pouco saudáveis. O alongamento ajuda a estrutura do tecido muscular a se organizar, fazendo com que custe menos esforço manter a postura ideal e que isso não cause dor.



ATIVIDADES SEGURAS, CONFORTÁVEIS E ACESSÍVEIS

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) considera que “a acessibilidade é um direito que engloba a real possibilidade de uma pessoa ingressar, transitar e permanecer em um lugar de maneira segura, confortável e autônoma”.

ACESSIBILIDADE UNIVERSAL: É a condição que os ambientes, processos, bens, produtos e serviços, assim como os objetos, instrumentos, ferramentas e dispositivos, devem cumprir para serem compreensíveis, utilizáveis e praticáveis por todas as pessoas em condições de segurança e comodidade, da forma mais autônoma e natural possível. Pressupõe a estratégia de «desenho universal ou desenho para todas as pessoas», fazendo uso das adaptações razoáveis que devam ser adotadas para grupos particulares de pessoas com deficiência, quando necessário.

É sobre esse conceito de “acessibilidade universal” que se sustenta esta proposta. Isso significa que as atividades não são dirigidas unicamente a Pessoas com Deficiência Visual, mas a todos aqueles que desejam se movimentar, realizando os ajustes ou adaptações necessárias para que isso aconteça.

Quais são as características que conferem a qualificação de ACESSÍVEIS? Quais são os apoios ou ajustes realizados?

- **DESCRIÇÕES VERBAIS E ANTECIPAÇÃO:** A orientação por parte do profissional ou técnico reabilitador do local onde a atividade será desenvolvida, descrevendo também os elementos que utilizará, o tempo de duração e os diferentes segmentos que compõem a rotina. As explicações devem ser claras, concisas, pausadas e detalhadas.

- **ESPAÇOS CONFORTÁVEIS:** São recomendáveis Pisos de madeira, já que são transmissores de som e permitem à pessoa com



Deficiência Visual perceber os movimentos dos outros participantes. Espaços pouco ruidosos ou com pouca interferência de sons além da voz do profissional. Locais livres de possíveis perigos, como desníveis ou degraus. É recomendável que os(as)) participantes realizem uma orientação cinestésica do local onde desenvolverão a atividade, percorrendo o espaço previamente e elaborando um mapa interno e preciso.

- **CONTATO CORPORAL DURADOURO:** As atividades que exigem contato corporal prolongado permitem às pessoas com Deficiência Visual sondar os corpos e perceber o movimento no outro para depois transferi-lo para o seu próprio corpo, elaborando seu próprio gesto motor. Exemplo: ensino de técnicas ou gestos esportivos.

- **USO COMPARTILHADO DE MATERIAIS:** O uso compartilhado de elementos como cordas, bengalas e outros por parte dos(as)) participantes de uma atividade lhes permite orientar-se facilmente. Por exemplo, as cordas para os corredores e seus guias, as cordas e bengalas em atividades de *trilha* na natureza.

PROPOSTAS FINAIS

- Promover espaços inclusivos e acessíveis para a prática de Atividade Física.

- O movimento e a prática motora devem estar presentes em todos os centros de reabilitação, de uma maneira programada e acompanhada por profissionais do movimento.

- Motivar as pessoas adultas com Deficiência Visual a vivenciar a maior quantidade possível de experiências motoras: dançar, ir à praça, patinar, praticar esporte, caminhar, fazer Pilates, esferodinamia, rotinas aeróbicas e ginástica etc. Cada um deve escolher a proposta que mais se adapte aos seus gostos e desfrutar



dela, já que a prática de atividade física deve ser um espaço de prazer e satisfação.

- Acompanhar os(as) participantes a realizar atividades em academias, centros de Educação Física, corridas, maratonas, sendo “agentes ou promotores da inclusão através do movimento”.

ESPORTE ADAPTADO

A Real Academia Espanhola define o esporte como “uma atividade física que é exercida por meio de uma competição e cuja prática requer treinamento e normas”. O Comitê Olímpico Internacional menciona que “toda pessoa deve ter a possibilidade de praticar esporte sem discriminação de nenhum tipo e dentro do espírito olímpico, que exige compreensão mútua, solidariedade e espírito de amizade e de jogo limpo”.

Pode-se dizer que o esporte é qualquer atividade física praticada por uma pessoa ou um grupo de pessoas, que se regem por normas para demonstrar sua condição física de forma competitiva.

A prática frequente e constante de um esporte traz muitos benefícios físicos, mentais, emocionais e sociais. Alguns deles são:

BENEFÍCIOS FÍSICOS:

- Melhora a forma e a resistência física.
- Aumenta o tônus muscular e a força.
- Melhora a flexibilidade e mobilidade das articulações.

BENEFÍCIOS PSICOLÓGICOS:

- Aumenta a autoestima.
- Reduz a tensão, o estresse e a depressão.
- Aumenta o estado de alerta.
- Gera menor grau de agressividade, raiva e angústia.



- Aumenta o bem-estar em geral.

BENEFÍCIOS SOCIAIS:

- Reduz o isolamento social.
- Estabelece um estilo de vida saudável ativo.

ESPORTE ADAPTADO

O autor R. Reina, explica em seu livro "A atividade física e esporte adaptado diante do Espaço Europeu de Ensino Superior" que as "adaptações e/ou modificações" a um determinado esporte são realizadas com o objetivo de facilitar sua prática.

Desse modo, pode-se dizer que o Esporte Adaptado é aquele que sofre alguma mudança ou variação em seu regulamento, espaço físico ou em implementos esportivos, com o objetivo de facilitar sua prática a pessoas com alguma deficiência. Isso também se aplica àqueles esportes que foram criados para uma deficiência específica, como, por exemplo, o Goalball para atletas com deficiência visual.

As pessoas com deficiência visual podem praticar diferentes esportes com o objetivo de se beneficiarem em âmbito físico, mental e emocional, mas também podem praticar os seguintes esportes de forma competitiva:

- Atletismo
- Xadrez
- Basquete
- Ciclismo
- Crossfit
- Boliche (Dez pinos)
- Esqui alpino
- Esqui *cross-country* (Esqui de fundo)
- Futebol de Salão



- Goalball
- Judô
- Natação
- Nove pinos (Variação de boliche)
- Levantamento de peso básico (owerlifting)
- Remo
- Caminhada
- Showdown
- Tênis
- Tiro
- Tiro com arco
- Trilha
- Goalball

Cada país pode considerar suas próprias propostas de esportes para a prática por pessoas com deficiência visual.

Segundo Daniel German Zucchi (2001), a finalidade do esporte adaptado é inserir e integrar a pessoa com deficiência na sociedade.

Alguns de seus benefícios são:

- **FÍSICOS:** Melhora a condição física (resistência, velocidade, força, mobilidade), a coordenação (orientação, equilíbrio, reação, percepção, adaptação, ritmo), desenvolve a potência muscular e melhora o suporte esquelético. Melhora as funções vitais, como a respiratória, cardiovascular e renal.

- **SOCIAIS:** Desenvolve os sentimentos de pertencimento ao grupo; aumenta a participação em atividades de sua comunidade; melhora a tolerância e o trabalho em equipe.

- **PSICOLÓGICOS:** Elimina a ansiedade e a depressão; incentiva a independência, a superação pessoal e a responsabilidade,



permite melhorar a percepção de si mesmo, ajuda a aceitar suas habilidades e capacidades.

- **BEM-ESTAR:** O esporte é saúde e, por isso, proporciona bem-estar às pessoas com deficiência, ajuda a dispor de forma saudável do tempo livre e do lazer.

O exercício físico é o melhor medicamento do mundo, segundo a OMS, e está ao alcance da maioria dos cidadãos.

Os centros ou serviços de reabilitação para pessoas com deficiência visual, sejam adolescentes, jovens adultos ou idosos, têm como finalidade definitiva a **inclusão** dessas pessoas na sociedade, que podem alcançá-la apoiando-se na prática de diferentes esportes, já que, como mencionado, estes contribuem para o desenvolvimento pessoal e social de quem os pratica.

Não se pode ignorar que, com a prática esportiva, as pessoas conseguem melhorar a convivência com seus pares, permitindo aumentar a confiança em si mesmas, melhorando suas habilidades sociais, desenvolvendo a tolerância, aumentando a empatia, a motivação, o trabalho em equipe, conseguindo socializar melhor, o que resulta em uma adequada inclusão social.

María Herminia Suñé e Mariel García, em seu artigo “O esporte como veículo de empoderamento”, afirmam que “o esporte se transforma em uma oportunidade e em uma ferramenta maravilhosa para intervir positivamente entre aqueles que o praticam, melhorando a qualidade de vida e fomentando o amor-próprio, o cuidado pessoal e o prazer, com vistas também à assunção de autonomia e responsabilidade no contexto da vida social. O esporte favorece a autoafirmação e o crescimento pessoal, propiciando uma sensação de segurança.”

A prática esportiva ou a atividade física devem ser fomentadas em primeiro lugar em casa, mas o contexto escolar também



desempenha um papel importantíssimo, onde se inculca na criança e no jovem esse tipo de atividades, com o objetivo de que se tornem disciplina em sua vida cotidiana e, assim, na idade adulta e inclusive na terceira idade, busquem eventos esportivos nacionais e internacionais, sejam recreativos ou competitivos.

É importante mencionar que, paralelamente à prática esportiva, deve ser considerada uma alimentação adequada, que cubra as necessidades energéticas do dia a dia. Isso deve ser apoiado por um profissional de nutrição, que indicará o plano alimentar ideal, de acordo com as necessidades e objetivos da pessoa.

O profissional ou técnico reabilitador responsável pela área de Educação Física ou de um esporte deve iniciar seu trabalho levando em conta os seguintes aspectos:

1. **Informar-se sobre o diagnóstico visual** do participante e de outros diagnósticos associados, com o objetivo de conhecer o alcance visual e os cuidados físicos.

2. **Entrevista com o(a) participante com deficiência visual**, para conhecer suas necessidades, interesses, conhecimentos prévios e desejos no momento de uma prática esportiva. No caso de uma pessoa com Baixa Visão, investigar quais cores consegue identificar, a que distância consegue ver objetos pequenos e grandes, qual contraste a favorece, com que tipo de luz trabalha melhor e se necessita de apoios não ópticos. No caso de uma pessoa cega, investigar se necessita de uma pessoa de apoio que funcione como guia, se precisa de algum material especial ou em alguma posição especial.

3. **Realizar uma avaliação inicial**, com o objetivo de conhecer seu nível de habilidades motoras.

4. **Com todas as informações anteriores**, elaborar o plano de ação junto ao participante.



5. **Realizar os ajustes necessários** para que o participante consiga realizar as atividades com a maior independência possível. Essas adaptações podem ser no planejamento da atividade ou no material a ser utilizado (com textura, com som, material que faça contraste com o ambiente onde se trabalha, tamanho do material a ser utilizado, uma referência tátil ou visual).

6. Por último, aplicar uma **avaliação qualitativa** para medir o nível de aproveitamento obtido pelo(a) participante e realizar um *feedback* do que foi trabalhado no dia.

TRABALHO À DISTÂNCIA

A presença da pandemia no mundo faz com que os profissionais reinventem seu trabalho para alcançar uma continuidade das atividades a partir de uma perspectiva inovadora e criativa, a fim de manter ou melhorar as competências e habilidades que vinham sendo trabalhadas no Centro ou serviço de reabilitação. Essa situação inédita, que impede o contato com a equipe de profissionais e com a sociedade em geral, apresenta o desafio de buscar e desenvolver novas ferramentas e estratégias para que os(as) participantes sustentem a prática de atividades físicas, alcançando resultados.

Superada a situação de isolamento, esses novos modos de abordagem podem se estender no tempo devido a qualquer situação (familiar, pessoal ou ambiental) que impeça que alguma pessoa possa se deslocar ao serviço de reabilitação.

A OMS define como sedentárias ou pessoas inativas aquelas que realizam menos de 90 minutos de atividade física semanal.

Embora não existam dados, é altamente provável que uma grande porcentagem de pessoas com deficiência visual adquirida ao longo da vida desenvolvam um estilo de vida sedentário, já que geralmente têm de enfrentar dificuldades de acessibilidade, possuem



insuficiente participação em programas de atividade física no seu tempo de lazer e adotam comportamentos sedentários durante as atividades laborais e domésticas.

Outro obstáculo presente é o temor, o medo de sair à rua, da insegurança, de circular sozinho, de se deslocar por lugares desconhecidos.

Por essa razão, é importante resgatar esses aprendizados da Pandemia para criar alternativas que promovam a atividade física nesta população, oferecendo oportunidades para que se reencontrem com sua corporeidade e adquiram consciência do próprio corpo, obtendo maior disponibilidade corporal, autoconfiança e autonomia.

Os objetivos da educação física à distância em pessoas com deficiência visual são:

- Sustentar a prática da atividade física, mantendo os objetivos alcançados e buscando melhorar o estado geral da pessoa.
- Exercitar as capacidades motoras.
- Possibilitar a passagem para a descoberta do seu próprio corpo em movimento, alcançando independência e autonomia corporal, o que resultará em benefícios para sua autonomia pessoal e social.

Como Propiciar atividades acessíveis para pessoas com deficiência visual? Quais são os princípios básicos para transformar em acessíveis diferentes propostas de atividade física quando não há trabalho presencial?

É importante que o profissional ou técnico reabilitador conheça a quem as rotinas são dirigidas, bem como as necessidades e possibilidades, mantendo um diálogo permanente, a fim de realizar modificações ou adequações, se necessário. O profissional, junto ao participante, deve avaliar as conquistas adquiridas, os obstáculos que se apresentam, os objetivos a cumprir, se a motivação para continuar



realizando atividade física se mantém ou se surgem dificuldades ou novas necessidades a serem consideradas.

Para que a atividade planejada resulte acessível, o profissional deverá levar em conta:

Recomenda-se solicitar aos(às) participantes que escutem previamente o vídeo, ou o áudio, para conhecer o desenvolvimento da aula em sua totalidade. Depois, em um segundo momento, podem-se realizar os exercícios já conhecidos previamente, para depois incorporar os movimentos novos.

ALGUMAS SUGESTÕES

- Descrições verbais e antecipação: A orientação por parte do profissional do local onde a atividade será desenvolvida, descrevendo também os elementos que irá utilizar, o tempo de duração e os distintos segmentos que compõem a rotina de trabalho.
- As explicações devem ser claras, concisas, pausadas e detalhadas.
- Os Espaços nos quais a pessoa com deficiência visual realiza a atividade em seu domicílio devem ser confortáveis, pouco ruidosos ou com pouca interferência de sons extras; locais livres de possíveis perigos, como desníveis ou degraus, com disponibilidade espacial sem móveis ou elementos com os quais possa se chocar.
- Quando se realizam vídeos ou se trabalha em reuniões virtuais, revisar se o contraste do fundo com a imagem principal é favorável (por exemplo, a roupa do profissional contrastando com o fundo).
- Se forem dadas orientações escritas, o uso de letras ampliadas é indispensável.
- Realizar filmagens ou vídeos claros e feitos de lugares próximos para identificar o profissional ou técnico reabilitador.



- Se forem gravados áudios contendo as rotinas, devem incluir uma descrição pormenorizada dos movimentos a serem exercitados, explicando previamente o que será proposto na totalidade da aula, os objetivos, o espaço necessário, os materiais, a duração da aula e a necessidade de que cada exercício seja realizado levando em conta o ritmo pessoal.

Sob esta modalidade de trabalho, com o tempo, o participante aprende a escutar as instruções ao mesmo tempo em que executa o exercício, assim como a efetuar as modificações necessárias sem deter o movimento.

É importante lembrar que, para aprender, é necessário ter tempo e atenção e conectar-se com o que está sendo feito no presente.

Avaliar periodicamente com o participante o andamento da atividade é fundamental, para que ele(a) descubra mudanças em si mesmo e as compartilhe, para poder enriquecer o repertório de movimentos possíveis de realizar no futuro.

ALGUMAS ESTRATÉGIAS

- Subir os vídeos a uma plataforma virtual.
- Compartilhar áudios por WhatsApp.
- Enviar vídeos por WhatsApp.
- Realizar as rotinas mediante alguma plataforma virtual que permita a conexão simultânea de todos os participantes do grupo que realiza a atividade no centro ou serviço de reabilitação.



BIBLIOGRAFIA:

Adrián, Rossana, Definición de deporte. Última edición 10 de agosto de 2021. Consultado: noviembre 2022.

Fonte: <https://conceptodefinicion.de/deporte/>

Bertherat, Thérèse e Bernstein, Carol "El cuerpo tiene sus razones" Editorial Paidós-Buenos Aires 1992

Bertherat, Marie e Bertherat, Thérèse "Mi curso de antigimnasia" Editorial Paidós 1993

César, Silvia-Grosso, Leticia- Limeres, Nora-Tomé, José María "El desafío de la diversidad" Editorial Bonum – Buenos Aires (2018)

Defontaine, Joel "Manual de Reeducción Psicomotriz" -Editorial Médica y Técnica-

Direção Geral de Cultura e Educação da Província de Buenos Aires – Resolução Nº 301/10 "Proposta curricular para os Centros de Educação Física" Argentina (2010)

Direção Geral de Cultura e Educação da Província de Buenos Aires – Resolução 4635/11 "Inclusão dos alunos e alunas com deficiência com projetos de integração na Província de Buenos Aires" Argentina (2011)

Direção Geral de Cultura e Educação da Província de Buenos Aires - Dirección Provincial de Nivel Secundario - Dirección de Educación Especial - Documento de Apoio "Integración de alumnos con deficiencia no nivel Secundario - Configuraciones de apoyo "Dirección de Educación Física - Subsecretaria de Educación da Província de Buenos Aires. Documento Técnico "A integración dos alumnos con deficiencia nas aulas de Educação Física: propostas, desafios e estratégias" (2013)

Etcheverry, Isabel "Sensopercepción" Revista Deporte y Salud. Año 1-no 2- 1992-páginas 10 y 11

Feldenkrais, Moshe "Autoconciencia por el movimiento" Editorial Paidós. España 1997



Gómez, Raúl Horacio" El aprendizaje de las habilidades y esquemas motrices en el niño y en el joven: Significación, estructura, psico génesis "Editorial Stadium, 2003

Hernández Moreno "Fundamentos del deporte: análisis de la estructura del juego

La Educación Física y el deporte – Documento de trabajo N° 1- Direção de Educação Física-Subsecretaria de Educação – Provincia de Buenos Aires (2014)

Le Boulch, Jean "La Educación por el movimiento en la edad escolar"-Editorial Paidós- Buenos Aires (1977)

María Herminia Suñe, Mariel Delma García "El deporte como vehículo de empoderamiento"

Mayoral, A. (2008). André Lapiere: De la Reeducción Física a la Psicomotricidad Relacional, Revista Internacional de Ciencias del Deporte, 4 (12), 1-3. Barcelona (1978)

Myrtha Hebe Chokler" Los organizadores del desarrollo psicomotor-del mecanicismo a la psicomotricidad operativa-Ediciones cinco 1994

Mora Noguera Juan; "Medicina del deporte Vida Saludable. Siete beneficios del deporte para las personas con discapacidad" 05 março 2018. Consultado: dezembro 2022

Fonte: <https://www.saludmasdeporte.com/beneficios-deporte-discapacidad/>.

"Deporte". Autor: Equipo editorial, Etecé. De: Argentina. Para: Concepto. De. Disponível en: <https://concepto.de/deporte/>. Última edição: 13 de junho de 2022. Consultado: dezembro 2022

"El deporte adaptado: qué es y cuáles existen". Blog décimas. 19 de abril 2018. Consultado: dezembro 2022

Fonte: <https://www.decimas.com/blog/es/deporte-adaptado/>



“¿Qué es el deporte adaptado, el deporte inclusivo y el deporte paralímpico?”: DOWN España. Consultado: dezembro 2022

Fonte: <https://www.sindromedown.net/que-hacemos/que-es-el-deporte-adaptado-el-deporte-inclusivo-y-el-deporte-paralimpico/>

Reina Vaillo, Raúl: “La actividad física y deporte adaptado ante el espacio europeo de enseñanza superior.” 2010, Editorial Wanceulen, S.L.

Ruiz Pérez, Luis “Deporte y aprendizaje” – Editorial Visor – España (1994)

deportivo” Editorial INDE – Barcelona (1994)

Sosa Laura y otros “Prácticas corporales: Juego y jugar en sujetos con discapacidad” Ediciones Al Margen – Buenos Aires (2012)

Zanata, Alfredo “La orientación deportiva del niño” -Edición del autor- Argentina (2003)



CAPÍTULO 8. ÁREA FÍSICA: ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE.

Autoras:

- **Andie, María Soledad.** Professora De Educação Especial Com ênfase Em Cegos E Pessoas Com Baixa Visão. Argentina.
- **Ramírez Calderón, Renee Maribel.** graduada Em Educação, Especialidade Em Cegueira E Baixa Visão. Peru.
- **Góngora, Delia.** Mestre Em Educação especial, Argentina.



INTRODUÇÃO

Uma das áreas mais importantes na intervenção dentro do processo de reabilitação de uma pessoa com deficiência visual é a de Orientação e Mobilidade (doravante OM), que inclui tanto uma base teórica quanto técnicas e estratégias específicas que avançaram a partir da formação profissional, do impacto de distintos paradigmas relacionados às pessoas com deficiência e da pesquisa, fundamentalmente, do tipo evidência baseada na prática.

A principal necessidade apresentada pela pessoa com deficiência visual é a sua autonomia no deslocamento. Esta se vê afetada, seja pelo impacto psicológico diante da perda visual total ou parcial – podendo surgir temor e insegurança – seja pela alteração na orientação e localização no espaço.

A orientação é um elemento básico para a pessoa com deficiência visual, que depende dela para poder realizar um deslocamento eficaz e seguro. Segundo Crespo (1988, citado por Ministério da Educação Argentina, 2013), a orientação é “a habilidade do indivíduo para conhecer o meio que o rodeia e sua relação espaço-temporal em relação ao mesmo” (p.25). Esta habilidade se desenvolve desde a infância, através da percepção dos estímulos ambientais e da exploração do espaço.

Em relação à definição de Mobilidade, temos alguns autores: Hill (1986) considera que é a capacidade, disposição e facilidade para se deslocar no ambiente (como citado em Navarro, s/d). Nesse sentido, LaGrow e Weessies (1994) afirmam que OM são as habilidades e técnicas requeridas para o deslocamento independente das pessoas cegas e com deficiência visual (como citado em Basterrechea, M., Blocona, C., et al., 2011, p. 477-478).

Conclui-se, então, que a Orientação é o conhecimento que uma pessoa tem para determinar sua posição e a posição relativa das coisas



que se encontram no ambiente que a rodeia, incluindo também a consciência dessas relações espaciais que mudam à medida que a pessoa se move. Mobilidade é o termo utilizado para descrever o ato de se mover através do espaço de uma maneira eficiente e segura (Weiner, Welsh e Blasch, 2010). A conjunção de ambas permite às pessoas com deficiência visual deslocar-se de maneira segura e com o máximo de independência possível, facilitando e favorecendo o acesso ao lazer, à vida em casa, à educação, ao trabalho e às distintas atividades de tempo livre de acordo com a etapa de vida de cada pessoa.

A partir da Área de Orientação e Mobilidade, trabalha-se junto ao participante e seu ambiente, tendo uma relação estreita em termos de objetivos e estratégias com o restante das áreas envolvidas dentro do processo de reabilitação. Uma pessoa com deficiência visual recentemente adquirida, para poder reaprender a realizar uma tarefa cotidiana em sua casa, precisa chegar ao espaço onde transcorrerá essa tarefa de forma segura e eficaz; para voltar a fazer uma compra na comunidade, precisa reconfigurar mapas mentais antes de realizar o deslocamento; para obter e manter um posto de trabalho e participar das atividades recreativas, necessitará de técnicas, recursos e estratégias que lhe permitam mover-se com segurança.

Tudo que foi exemplificado demonstra a importância da OM, tanto para a realização de qualquer atividade cotidiana, quanto para aquelas atividades mais complexas e variadas que envolvem distintos ambientes e graus de complexidade nas tarefas. É por isso que a implementação de um Programa de OM requer a colaboração e o consenso das diferentes áreas envolvidas no processo de reabilitação de cada pessoa. Considera-se que os objetivos de trabalho a longo e a curto prazo, ou gerais e específicos, se organizarão a partir das necessidades, interesses e prioridades de cada participante (a



organização e a proposta de formato de plano com seus objetivos serão esquematizadas pelo que for disposto por cada instituição). Do mesmo modo, a permanência e a finalização do trabalho em OM estarão sujeitas ao alcance dos objetivos pessoais, portanto, o tempo de trabalho na área não será geral ou homogêneo, mas sim variará de pessoa para pessoa.

Na atualidade e em relação com a perspectiva de deficiência que contempla não só a pessoa a partir de um olhar biologicista e capacitista, mas que interpela a cultura, a história e o contexto particular de cada um(a), é possível pensar e realizar programas de OM que sejam realmente personalizados e que incluam populações diversas que no passado não acessavam a área por sua idade, por usarem cadeiras de rodas, por apresentarem outras situações de deficiência etc.

A OM alcançou um grande desenvolvimento no que diz respeito às estratégias desde sua criação e, embora as técnicas sejam as mesmas desde sua fundação, o que mudou e melhorou enormemente é a forma de ensiná-las, o que está inegavelmente relacionado com o desempenho profissional e a pesquisa. Quem se desempenha na área deve possuir conhecimentos sólidos sobre as técnicas, bem como estratégias para ensiná-las.

No texto de Wiener W., Welsh R. e Blasch B. (2010), é realizada uma descrição detalhada das origens da OM, dos problemas que se apresentaram ao se desenvolver as técnicas e os motivos para ir modificando pequenos detalhes destas, até chegar aos resultados finais, isto é, as técnicas conhecidas e implementadas hoje em dia. Essa análise de cada detalhe da técnica e a observação precisa e minuciosa descrita pelos autores é fundamental também por parte do profissional que desempenha atualmente essa área, permitindo-lhe revisar o próprio ensino para ajustá-lo aos requisitos individuais de



cada participante. Dessa forma, evita-se que seja uma simples repetição ou prática de técnicas, mas sim, uma real situação de aprendizagem planejada e avaliada a partir de uma perspectiva profissional específica.

Os autores afirmam que em 1944 Richard Hoover observou que as pessoas cegas não se deslocavam tão bem quanto realmente poderiam e, a partir daí, começou a delinear as técnicas de bengala. Tomando as considerações de Hoover para o tempo presente, pode-se pensar a OM como a área que permite às pessoas com deficiência visual alcançar os melhores deslocamentos possíveis para sua participação em atividades próprias de seu interesse e necessidades, e encaixadas em cada projeto de vida.

ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE DENTRO DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO.

OBJETIVO GERAL

Proporcionar à pessoa com deficiência visual adquirida as estratégias e técnicas específicas que lhe permitam alcançar deslocamentos seguros, eficientes e com o maior nível de independência possível para a participação no lar, na comunidade, em espaços laborais, culturais e recreativos.

A implementação de uma proposta de OM para uma pessoa em particular requer determinados passos gerais a serem cumpridos pelo profissional ou técnico reabilitador a cargo da área, de tal forma que a construção e o desenvolvimento desta seja o mais personalizado possível.



AVALIAÇÃO INICIAL

A avaliação inicial na área de OM é um processo sistemático que deve ser realizado para o conhecimento adequado da pessoa, de sua situação atual e futura, de sua saúde, dos interesses, das necessidades e das inquietações referentes à sua mobilidade. Pode incluir entrevistas e/ou questionários e pautas ou guias de observação. A partir da avaliação inicial, serão estabelecidos os objetivos que guiarão a proposta de OM no Plano de Ação dessa pessoa em particular. Recomenda-se que cada instituição tenha seu formato de avaliação inicial.

É importante estabelecer um ambiente de confiança e empatia para que a pessoa possa se abrir e manifestar realmente suas necessidades e interesses, já que serão feitas perguntas relacionadas a seu diagnóstico, à perda parcial ou total da visão e às implicações desta última em sua vida. Também deve-se esclarecer à pessoa o que é a OM, explicando brevemente e exemplificando.

Na entrevista inicial, podem ser consideradas distintas dimensões. Esse é o momento de conhecer as necessidades e expectativas do participante. A seguir, apresentamos uma tabela com uma lista de variáveis e suas respectivas dimensões que são consideradas imprescindíveis para a construção de uma entrevista inicial na área de OM.

VARIÁVEIS	DIMENSÕES
Biografia	<ul style="list-style-type: none"> -Nome completo -Idade -Gênero -Domicílio -Convivência. Vive só ou com outras pessoas -Ocupação: trabalho, estudo -Entretenimento/lazer -Etc.
Estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico visual -Outros diagnósticos que possam estar presentes -Profissionais da saúde envolvidos -Cuidados especiais a considerar durante o desenvolvimento do espaço de OM, outros cuidados na via pública etc.
Comunidade ou área de residência	<ul style="list-style-type: none"> - Zona urbana, zona rural, características geográficas (morro, ladeira etc.) - Descrição das ruas (om ou sem asfalto, desníveis etc.) - Meios de transporte - Mobilidade e/ou deslocamento em sua comunidade (antes e depois da perda da visão parcial ou total)
	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de edificação (casa, edifício etc.)

Residência	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de escadas, elevador etc. - Mobilidade e/ou deslocamento dentro de casa (antes ou depois da perda parcial ou total da visão) - Luminosidade e seu impacto no deslocamento, caso a pessoa apresente Baixa visão. - Outros
Prioridades e interesses pessoais	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento prévio de técnicas e estratégias de OM -Prioridades em relação ao seu deslocamento e o que gostaria de atingir com a OM -Preocupações com respeito ao deslocamento.

Antes de fechar a entrevista, é conveniente oferecer ao participante a possibilidade de acrescentar algo que lhe pareça oportuno ou necessário.

Dentro desta primeira avaliação inicial, deve-se incluir, além da entrevista, um guia ou pauta de observação para conhecer o desempenho e as características de alguns componentes antes de iniciar o trabalho na área, o que será usado para definir os objetivos e as propostas que serão realizadas.

Na tabela a seguir, são apresentadas as variáveis principais para a construção do guia ou pauta que fará parte da avaliação inicial.

Variáveis	Dimensões
Aspectos Motores	<ul style="list-style-type: none"> - Postura em sedestação (sentado) - Postura bípede (em pé) - Forma de andar - Equilíbrio estático e dinâmico - Força
Aspectos Espaço-temporais	<ul style="list-style-type: none"> - Lateralidade - Em cima - embaixo - Na frente - atrás - Deslocamentos em linha reta - Identificação do lugar onde se encontra
Aspectos Sensoriais	<ul style="list-style-type: none"> - Informação auditiva: Reconhecimento de sons do ambiente, detecção de sons, detecção e indicação da direção do som, localização de objetos através do som etc. - Informação tátil: Reconhecimento e discriminação de formas e texturas. Reconhecimento de mudanças na textura do chão (tato à distância: grama ou cimento etc.). Orienta-se prestar especial atenção, nesse aspecto, às pessoas com neuropatias por diabetes, por possível comprometimento da sensibilidade distal, razão pela qual o reconhecimento e a discriminação tátil podem estar comprometidos. - Informação olfativa: Reconhecimento de cheiros do ambiente, detecção de aromas e indicações, identificação de lugares pelo seu aroma característico. - Informação visual: Para pessoas com baixa visão, além dos dados específicos de

Variáveis	Dimensões
	<p>acuidade visual, campo visual, visão de cores e visão de profundidade, recomenda-se uma avaliação funcional aplicada a OM ou que, dentro da avaliação funcional visual geral, estejam presentes itens relacionados com a OM. De acordo com o diagnóstico, a pessoa será incluída em um determinado grupo funcional em baixa visão que permitirá orientar as estratégias e técnicas de trabalho. Serão levadas em conta as correções ópticas indicadas quando a proposta de OM for executada e outras serão testadas e implementadas, como lentes filtrantes, lupas etc. Será observada a mobilidade da pessoa tanto em ambientes internos quanto externos, ou seja, com distintas condições de luminosidade. Também se deve prestar especial atenção às características do desempenho visual considerando diferentes distâncias (próxima, intermediária, longe), o tipo de caminhada e posição da cabeça, localização visual de objetos do ambiente, reconhecimento visual de obstáculos no nível do chão, na altura da cabeça, reação a diferentes níveis de luminosidade, uso da cor, percepção de objetos móveis como trânsito e pedestres.</p>



Após finalizar a entrevista e o guia ou pauta de observação, recomenda-se realizar um resumo com conclusões para orientar o plano e avaliar os progressos.

PLANO DE INTERVENÇÃO.

A partir da informação coletada no processo de avaliação inicial, podem ser estabelecidos os objetivos a curto e longo prazo ou gerais e específicos, organizando-os e sequenciando-os a partir das prioridades e preocupações manifestadas pelo(a) participante. Será construído, então, um plano personalizado onde a prioridade das técnicas e estratégias a ensinar será definida pelo(a) participante e pelas características do seu contexto.

É fundamental que a redação dos objetivos inclua parâmetros que permitam avaliar os progressos de desempenho na aplicação de uma técnica, de uma estratégia de orientação etc. Por exemplo:

- M usará a técnica de bengala de dois toques para chegar ao supermercado que fica na esquina de sua casa e à casa de sua amiga, na mesma quadra, utilizando pontos de referência para a localização.

Este objetivo engloba os progressos na implementação da técnica de bengala de dois toques em percursos conhecidos, curtos e que não envolvam o cruzamento de ruas, incluindo o uso dos pontos de referência trabalhados durante a prática para localizar os espaços aos quais deseja chegar.

O estabelecimento dos objetivos considerando as prioridades levantadas pelo(a) participante permite sequenciar o ensino a partir dos interesses individuais, bem como oferece a possibilidade de avaliar os próprios progressos e os avanços em OM, sendo fundamental este último aspecto em todo processo de reabilitação.



A duração da permanência do participante na área de OM será determinada pelo alcance dos objetivos propostos no seu Plano de Ação. Para uma pessoa jovem adulta que irá retomar seu posto de trabalho e que deve realizar deslocamentos diários em diferentes meios de transporte, ter conseguido chegar a lugares específicos com percursos desconhecidos usando diversos meios de transporte e todas as técnicas pré-bengala e bengala trabalhadas será o encerramento de seu Plano. Em contrapartida, por exemplo, para uma pessoa idosa que requer cuidados de saúde, poder se mobilizar com eficácia e segurança dentro de sua casa pode ser um dos principais êxitos.

Em propostas para pessoas com baixa visão, deve-se enfatizar o conhecimento da funcionalidade visual relacionada aos deslocamentos e às variáveis ambientais que possam interferir, como a luminosidade, distância etc. Será necessário trabalhar conjuntamente com a área de reabilitação visual para conhecer as possibilidades visuais de cada participante, técnicas compensatórias para visão para perto e/ou longe, elementos ópticos e/ou eletrônicos que são implementados para favorecer a visão e, conseqüentemente, também a orientação, a mobilidade e a autonomia de cada pessoa com baixa visão.

É muito importante o desenvolvimento de habilidades como exploração, interpretação da visão embaçada e rastreo para potencializar a visão funcional e, assim, otimizar o desempenho na mobilidade autônoma. É importante oferecer variadas situações para analisar e resolver, como comparar os deslocamentos em uma quadra com sol e outra com sombra, descer as escadas do metrô que têm uma parte ao ar livre e outro trecho subterrâneo, deslocamentos em supermercados com excessiva luz branca etc. Trabalhar-se-á em distintas condições de luminosidade para implementar as estratégias adequadas.



É fundamental que as técnicas de rastreamento e exploração que o(a) participante for incorporando para sua máxima eficiência visual em seu processo de reabilitação visual possam ser aplicadas na área de OM na hora do deslocamento e da orientação. Assim como é crucial que, uma vez que adquira autonomia em ambientes controlados para o uso de recursos ópticos e/ou óculos de realidade aumentada, por exemplo, consiga expandir sua aplicação em todas as áreas que lhe proporcionem autonomia e participação.

São ensinadas as técnicas próprias da OM para pessoas cegas (técnicas de proteção, uso de pontos de referência, uso dos outros sentidos, abordagem social para travessia de ruas etc.) porém adaptadas a esta situação, ressaltando sempre a importância do uso da visão funcional. Por exemplo, reconhecimento das marcações amarelas nos pisos podotáteis na estação do metrô, reconhecimento do ônibus pela cor etc. A técnica a ser utilizada deverá ser ajustada às necessidades pessoais. Assim, poderá ser usada a técnica de toque tradicional, o uso de um rastreamento ocasional, ou simplesmente levá-la à frente do corpo para ser identificado, o que facilita que as pessoas na rua abram caminho ou ofereçam ajuda. Com o tempo e a prática, a pessoa irá realizando distintas combinações de uso.

O uso de lentes filtrantes é um recurso muito valioso que diminui a sensibilidade à luz e ao ofuscamento, melhora a percepção do contraste e permite uma adaptação mais rápida às mudanças de luz e escuridão. Apresentam diferentes tonalidades e costumam ser indicados diferentes filtros para ambientes internos e externos. Conforme o caso, devem ter um tipo de armação com proteção e podem ou não ter grau.

O uso de auxílios ópticos para visão de longe, como telescópios, pode ser um grande complemento da mobilidade autônoma. Estes são utilizados para focar à distância objetos estáticos que se quer



visualizar, como nomes de ruas, numeração de casas, paradas de meios de transporte, telas com números de senhas de atendimento, cartazes de comércios, lista de sabores de sorvete etc. Será importante trabalhar em ambientes internos o foco e a localização de um objetivo, a exploração no espaço, entre outros, para depois implementar estas funções em ambientes externos (rua, comércios etc.).

O uso de óculos inteligentes começou a ser implementado recentemente para pessoas com perdas no campo visual periférico. Embora seu uso ainda não seja massivo, constitui outra alternativa a ser considerada. Este elemento compensa digitalmente as áreas do campo visual alteradas, combinando a visão conservada e a adicional proporcionada pelo elemento. Melhora a mobilidade, pois permite antecipar onde há objetos, além de regular a luminosidade e o contraste.

O ensino e a prática das técnicas e estratégias de OM devem ser minuciosamente planejados pelo profissional ou técnico reabilitador. É primordial o conhecimento do contexto onde a prática será realizada, bem como a graduação do nível de complexidade no ensino.

Cabe destacar que as estratégias de orientação a partir da informação do ambiente fornecidas pelos distintos sistemas sensoriais devem ser trabalhadas em cada situação de ensino de técnicas. Da mesma forma, o conceito de pontos de referência deve estar presente desde o início do programa e, à medida que se avança, continuará sendo abordado durante a realização de percursos.

TÉCNICAS DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE.

As técnicas de OM proporcionam segurança no deslocamento, seja em ambientes internos ou externos, conhecidos ou desconhecidos, e sua aplicação permite a independência pessoal.



Ao iniciar o ensino das técnicas de OM com participantes que adquiriram a deficiência visual em algum momento de suas vidas, é importante a intervenção de profissionais do campo da psicologia que possam acompanhar o processo de adaptação e aceitação da nova condição. Além disso, há pessoas com deficiência visual adquirida que podem requerer o uso de um auxiliar de mobilidade como a bengala. Dependendo do que a bengala represente para a pessoa, pode provocar rejeição em seu uso, tanto por parte da própria pessoa com deficiência visual quanto por sua família.

A seguir, são apresentadas as técnicas que se aplicam com guia, as técnicas de pré-bengala, as técnicas com bengala e, complementarmente, o uso do cão-guia.

TÉCNICAS COM GUIA.

Estas técnicas de deslocamento com guia são primordiais e ajudam o participante a mover-se com segurança graças ao apoio recebido por outra pessoa. No início do processo, permite transmitir segurança diante dos medos que o(a) participante possa apresentar, além de fornecer as primeiras orientações através da descrição do ambiente, favorecendo a adaptação e fazendo com que ele(a) se torne consciente das informações sensoriais e possa reconstruir a imagem mental do seu entorno a partir de sua nova condição. Por isso, é importante que a pessoa com deficiência visual, sua família, seu entorno próximo e toda a sociedade aprendam as técnicas com guia.

DESLOCAMENTO COM GUIA.

Um(a) guia é quem auxilia ocasionalmente ou acompanha permanentemente, dependendo do caso, no deslocamento da pessoa com deficiência visual. Nesse sentido, ele(a) conta com as características básicas como visão funcional, capacidade de orientação

e tomada de decisão consciente para fazê-lo de maneira eficiente e segura.

A pessoa que guia, durante o deslocamento, fornece informações com o seu corpo à pessoa com deficiência visual, que percebe as mudanças que ocorrem enquanto caminha. Esses sinais podem estar acompanhados por indicações verbais, o que permite um deslocamento seguro e eficaz. A pessoa que guia deve considerar seu ritmo e passo ao caminhar, o qual deve estar de acordo com o conforto do participante.

- Na aplicação da técnica, quem guia primeiro toca ligeiramente o braço da pessoa ou diz verbalmente onde se encontra.
- O(a) participante segura o braço do guia por cima do cotovelo, em forma de pinça, ficando o polegar separado dos outros quatro dedos, de maneira segura, sem exercer muita força.
 - O(a) guia mantém o braço flexionado ou solto.
 - O ombro do guia e do participante devem ir alinhados um atrás do outro, à distância de um passo.
 - Esta técnica pode ser adaptada a pessoas de baixa estatura, segurando-se na mão ou pulso do guia, ou ainda no ombro, de acordo com a estatura da pessoa. Em pessoas idosas ou com dificuldades de mobilidade, seguram-se no guia apoiando-se e mantendo certa distância.



Subir e descer escadas com guia.

- Quem guia, ao chegar ao pé da escada, seja para subir ou descer, deve avisar a pessoa.
- Ao subir ou descer, mantém-se um degrau à frente do participante, que, para maior segurança, segura o corrimão.
- Ao terminar de subir ou descer, o(a) guia faz uma pausa. No caso de subir escadas, recomenda-se que o último passo seja mais longo para que o participante não fique na borda.



Passagem por locais estreitos

- O(a) guia dirige seu braço para trás, partindo do ombro em direção à parte média das costas, para avisar com esse sinal que passarão por uma área estreita, antecipando também com a palavra.
- O(a) participante se posiciona atrás da pessoa que guia, diminuindo o espaço lateral que ocupam.
- Ao terminar de passar pelo local estreito, o(a) guia retorna seu braço à posição normal.



Passagem por portas

- O(a) guia se coloca do lado da maçaneta ou puxador da porta.
- Coloca sua mão sobre a maçaneta ou puxador.
- Abre a porta e indica ao participante que se aproximam de uma passagem estreita, colocando o braço para trás.
- Ao atravessar a porta, o(a) participante pode fechá-la.
- Também se pode aplicar uma variante no momento em que quem guia coloca a mão no puxador: o(a) participante faz um rastreio pelo braço do guia com sua mão desocupada (a outra mão está na parte superior do cotovelo do guia) até chegar à maçaneta ou puxador. Abre a porta (não perde contato com ela), permite que o(a) guia passe primeiro sem soltá-lo, o(a) participante passa e pode fechar a porta.



Como se sentar

- O(a) guia aproxima o participante do assento e coloca a mão dele(a) no encosto para que tenha informação sobre a posição e a altura.

- Se o(a) participante estiver em frente ao assento, avança até fazer contato com as pernas, verificando que este está livre.
- O(a) participante se inclina para verificar o assento, utilizando o dorso dos dedos com movimentos circulares ou horizontais.
- Com a parte de trás das suas pernas, o(a) participante se alinha com o assento e se senta.
- Uma variante da técnica: quem guia dá informação ao participante sobre o tipo de assento (se tem apoio para braços, se é acolchoado ou duro, se tem encosto), sobre a posição em que o assento se encontra e sobre as coisas que há ao seu redor (mesas, outras cadeiras, porta ou outros).
- O(a) guia coloca sua mão sobre o encosto ou sobre o assento.
- O(a) participante faz um rastreio pelo braço do guia até chegar ao assento, e é nesse momento que solta o guia. A partir daí, explora o assento e se alinha como nos passos anteriormente mencionados.



Técnica de giro interno

- Esta técnica é utilizada para mudar de direção durante o deslocamento.

- Para aplicá-la, faz-se uma parada no deslocamento, em seguida o(a) guia e o(a) participante giram simultaneamente, ficando de frente um para o outro.
- O(a) participante toma o braço livre de quem guia para continuar a caminhada, e ambos terminam girando por completo.



TÉCNICAS DE PRÉ-BENGALA

Refere-se às técnicas que o(a) participante aplica principalmente sem o uso da bengala ou de um auxiliar de mobilidade, mas cabe ressaltar que essas técnicas também podem ser adaptadas combinando o uso da bengala. Por exemplo, a proteção alta pode ser usada durante o deslocamento com a bengala em corredores de edifícios ou escritórios, onde se pode encontrar barreiras na parte superior.

No trabalho com as pessoas com baixa visão, o uso das técnicas depende do seu nível de funcionalidade visual e, em geral, para as pessoas com deficiência visual, serão levados em conta os cuidados em casa, ou seja, não mover os móveis sem antes informar, não deixar janelas entreabertas (se forem abertas, que seja a 180°), retirar ou fixar tapetes, marcar percursos, adaptações no banheiro e outros.

Técnica de Proteção alta

- Esta técnica protege a parte alta do corpo de qualquer obstáculo que se apresente no caminho nessa altura.
- A maneira apropriada de realizá-la é estendendo o braço à frente, na altura do ombro, flexionando o antebraço, com a palma virada para fora, ficando a cerca de 20 cm de distância do rosto.
- Para as pessoas com baixa visão, manter o braço na altura do ombro permite conservar a visão do seu campo visual.



Técnica de Proteção Baixa



Nesta técnica, estende-se o braço à frente do corpo na diagonal, com a palma virada para dentro, aproximadamente a uns 20 cm, na direção da pélvis.

Técnica de Proteção Mista

Combinam-se as técnicas mencionadas anteriormente).



Técnica de Rastreamento

Esta técnica permite manter-se caminhando em linha reta, além de realizar um reconhecimento do espaço.

O(A) participante deve se colocar em paralelo e em contato com a parede, estendendo o braço para a frente e para baixo, roçando a parede com o dorso da mão, os dedos flexionados em direção à palma, juntos e relaxados.



Técnica de alinhamento:

- O(A) participante se coloca de costas para a parede, com os calcanhares juntos e as pontas dos pés ligeiramente separadas, tomando uma direção. Esta técnica pode ser usada com uma árvore, poste ou cerca.
- Facilita o deslocamento com maior segurança em ambientes internos e

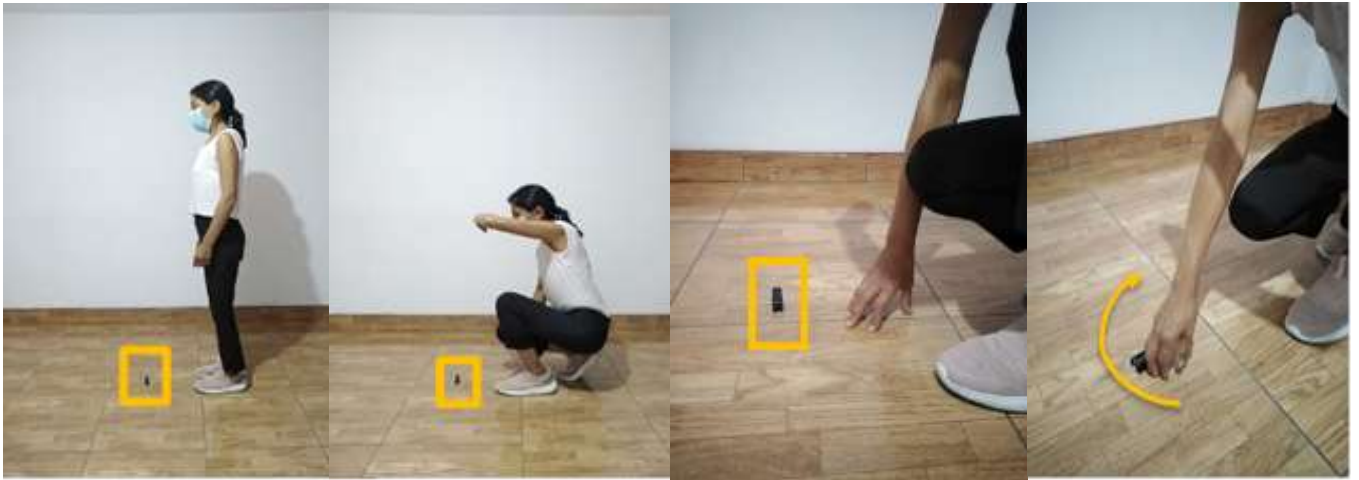


caminhar em linha reta de um lugar para outro.

- Em ambientes externos, usa-se para a travessia de ruas, localizando a borda da calçada com a bengala e, em seguida, aplicando a técnica de alinhamento.

Técnica de Localização de Objetos Caídos

- Esta técnica ajuda a encontrar de maneira segura e eficiente objetos que tenham caído, evitando acidentes.
- No momento em que um objeto cai, o(a) participante deve estar atento ao som que ele emite para fazer um acompanhamento auditivo da direção e distância em que se encontra.
- O(A) participante se dirige para o objeto o mais perto que puder.
- Agachado(a) de cócoras, com o tronco reto, perpendicular ao chão. Com uma mão, aplica a técnica de proteção alta, para proteger a cabeça.
- Ao começar a busca, coloca a mão sobre o chão. Pode aplicar o método de **círculos concêntricos**, que consiste em realizar círculos de dentro para fora tentando levar o objeto para o centro, ou o método de **grade**, que consiste em deslizar a mão de um lado para o outro, os dedos flexionados, partindo do corpo para a frente.
- O(A) participante deverá buscar para sua direita e esquerda com uma mão e com a outra antes de dar outro passo para a frente.



Técnica de voltas.

- Técnica para mudar de direção ou evitar obstáculos.
- Um quarto de volta: colocar os dois pés juntos, abrir apenas um, sem separar os calcanhares, e terminar de girar 90 graus. Pode-se aplicar duas vezes contínuas, para dar meia volta, 180 graus.



TÉCNICAS DA BENGALA

Para a pessoa com deficiência visual, cegueira ou baixa visão, a **bengala** se torna um auxiliar de mobilidade importante para alcançar sua independência. Para isso, a aplicação adequada das técnicas lhe



proporciona proteção e segurança. Com respeito às pessoas com baixa visão, o uso da bengala é indicado de acordo com a necessidade observada. Haverá quem possa se deslocar utilizando auxílios ópticos, lentes filtrantes, viseiras, sem a necessidade do uso da bengala. Outras pessoas podem prescindir do uso da bengala durante o dia, mas a requerem em horários noturnos ou quando houver pouca luz ambiente. Tudo depende das consequências da patologia.

Funções da bengala:

- **De Proteção:** realizando bem a técnica, detecta os obstáculos da cintura para baixo, que se encontram no caminho.
- **Revisão de Informação:** Transmite as características do solo e de outras superfícies ou elementos. Sendo a bengala como que uma extensão de seu braço, permite reconhecer o entorno sem a necessidade de explorar diretamente com as mãos. A bengala permite antecipar as características do terreno por onde a pessoa se desloca.
- **De Identificação:** A cor branca é um símbolo universal que identifica uma pessoa com deficiência visual. Atualmente, em alguns países, dependendo da cor, é possível distinguir se a pessoa tem cegueira, baixa visão ou surdocegueira. As pessoas cegas costumam usar uma bengala branca ou com uma parte fluorescente de cor vermelha para visualizá-la em locais de pouca luz. Há países que estão incorporando o uso da bengala verde ou amarela para a população com baixa visão. A bengala branca com duas faixas vermelhas indica que quem a usa é uma pessoa surdocega.



Características da Bengala

- **Comprimento:** Existem desde 0,90 cm até 1,60 cm, aumentando de 5 a 10 cm. O comprimento da bengala é determinado pela distância existente desde o final do **esterno** da pessoa até o chão e é adaptado de acordo com suas necessidades particulares.
- **Tipo:** Há dois principais.
 - **Rígidas ou fixas:** Pela sua firmeza, são ideais para uso em zona rural.
 - **Dobráveis:** Incluem várias peças unidas internamente por um elástico ou borracha, a qual pode ser trocada quando desgastada, além de facilitar seu uso no transporte (ônibus, carro etc.), porque pode ser dobrada e guardada.
- **Peso:** Varia de 180 g a 280 g, de acordo com o tamanho.
- **Condutividade:** Transmite a informação que recebe através da ponteira.
- **Durabilidade:** Resiste a golpes e enrosocos que ocorrem durante o deslocamento.
- **Firmeza:** Deve ser firme para que não se percebam vibrações.



Partes da Bengala:

- **Cabo ou empunhadura:**

É a parte pela qual é segurada, podendo ser de borracha, látex, polipropileno, madeira etc. Algumas bengalas não têm empunhadura. Podem ter medida aproximada de 20 cm e um diâmetro de 2,5 cm, permitindo uma boa transmissão de informações até que chegue à mão. Deve ser de fácil limpeza e não deve produzir irritações na pele.

- **Haste ou corpo:**

É a parte principal e mais longa. Pode ser de fibra de vidro, alumínio, haste de bambu etc. Resistente a golpes para garantir a durabilidade. Deve ser boa transmissora de informações e leve para que se possa diferenciar as características das superfícies.

- **Ponteira:** É a parte baixa da bengala e entra em contato com o chão. O material adequado é o nylon, mas também existem as de plástico e aço. Costumam ter forma ovalada, arredondada, cilíndrica ou de pera e um comprimento de 2 a 5 cm. Existem fixas ou giratórias (roller). Estas últimas facilitam o deslizamento e evitam que a bengala trave nas irregularidades do pavimento. São boas transmissoras de informações sensoriais (táteis-sonoras) do terreno ou de obstáculos. Desgastam-se com o uso e devem ser trocadas antes que danifiquem o corpo da bengala.



Formas de Segurar a Bengala.

Pode-se segurar a bengala pela empunhadura das seguintes maneiras:

- **Forma básica:** De acordo com o conforto do participante, pode-se segurar a bengala com a mão direita ou esquerda, levando em conta o lado dominante, segundo sua lateralidade. Segurar a empunhadura ou cabo com a mão, o dedo indicador estendido e projetado em direção à ponteira, o polegar sobre a parte superior da empunhadura e o restante dos dedos envolvendo-a pela parte inferior.

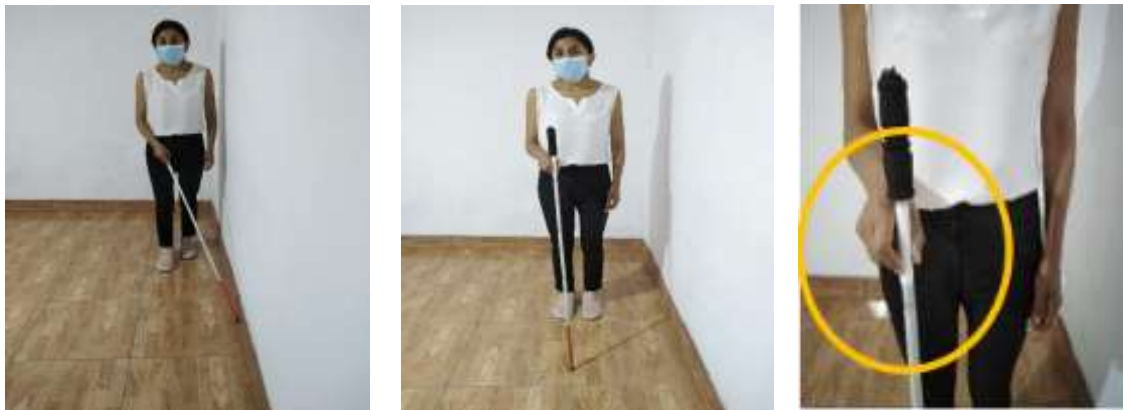


- **Forma diagonal:** Envolver a empunhadura com a mão, estendendo sobre ela o dedo indicador ou o dedo polegar, ficando os nós dos dedos para cima.



- **Forma de lápis:** A posição de pegada é a mesma usada ao segurar um lápis. A bengala é segurada pela parte inferior da empunhadura, exercendo pressão com o dedo indicador e polegar, enquanto os demais dedos estão dobrados e juntos, segurando o corpo da bengala.

TÉCNICAS COM A BENGALA DE MOBILIDADE.



Cabe ressaltar que as técnicas com a bengala não são utilizadas apenas para a caminhada, mas também são aplicáveis em diversas situações como subir e descer escadas, girar, uso de elevadores etc.

Técnica Diagonal

Com a aplicação dessa técnica, a pessoa pode se deslocar de maneira independente em ambientes internos ou em um ambiente conhecido.

- Segura a bengala em forma diagonal, estende o braço para a frente com a empunhadura na altura da cintura; a ponteira sobressai aproximadamente 5 cm da extremidade do ombro oposto.
- A bengala desliza sobre o piso enquanto caminha, seguindo a parte inferior da parede.
- Essa técnica protege o corpo e é usada em ambientes internos conhecidos para localizar portas e subir escadas.

Técnica base/ rítmica /Técnica de dois toques

- Segura-se a bengala da forma básica. A bengala é movida de um lado para o outro, a partir do centro do corpo, formando um arco

com um movimento de flexão-extensão do punho (realizado da esquerda para a direita).

- O arco é coordenado com os passos, seguindo um ritmo; a cada passo, a bengala se move para o lado contrário, elevando-se cerca de 3 cm na trajetória.
- Essa técnica é utilizada em ambientes externos e, sobretudo, em superfícies ásperas.



Técnica de Deslizamento/Hoover

- A bengala é segurada da forma básica e, assim como na técnica de dois toques ou base, o arco é coordenado com os passos.
- Nessa técnica o contato da ponteira com o piso é constante e ela se desloca simultaneamente para o lado oposto do pé que dá o passo.
- É uma técnica segura, usada em ambientes internos e externos.



Técnica dos Três Toques (ou Tres Pontos)

- A técnica dos três toques parte da técnica dos dois toques, adicionando um terceiro ponto de contato em um dos lados, no qual interessa localizar um objetivo.
- O segundo toque do lado em que se busca o objetivo é realizado elevando ligeiramente a ponteira.
- É usada para localizar objetivos concretos, por exemplo, portas.



Técnica da Bengala Curta ou Reduzida.

- Esta técnica pode ser usada nas diferentes formas de segurar a bengala.
- O(A) participante segura a bengala flexionando o braço e aproximando-a do corpo.
- É utilizada principalmente em locais congestionados, para evitar fazer os pedestres tropeçarem e para realizar giros em mudança de direção.



O CÃO-GUIA.

O cão-guia, atualmente, se inclui no conceito mais extenso de cão de assistência, preparado para auxiliar pessoas com deficiência. No caso do cão-guia, este é adestrado especificamente para ajudar uma pessoa cega ou com deficiência visual grave no seu deslocamento, melhorando sua autonomia e mobilidade. Seu adestramento é longo, começa desde filhote, e estão envolvidos instrutores de centros especializados e as famílias socializadoras, que ajudam a introduzir pautas de obediência, rotinas e normas de respeito.

A fundação ONCE do Cão-Guia (FOPG) menciona que o cão-guia é treinado para reconhecer e evitar obstáculos, tanto estáticos quanto em movimento, no nível do solo ou alto. Ele sinaliza ao seu usuário a chegada ameio-fios, escadas ou desníveis do pavimento, busca portas de acesso, assentos livres em transportes públicos e tem iniciativa para encontrar a melhor alternativa de passagem em situações complicadas.

O(A) participante que adquire um cão-guia precisa possuir certo nível de aptidão física e mobilidade como requisito básico prévio.

O deslocamento com um Cão-Guia constitui um trabalho em equipe no qual o(a) Usuário(a) orienta (dá as ordens levando a direção a seguir) e o Cão-Guia busca o caminho mais adequado para seguir



essa direção. Isso significa que a pessoa deve ser, primeiramente, um(a) usuário(a) muito bom de bengala de segurança para adquirir todas as técnicas de orientação e tomada de referências na via pública.

CONSIDERAÇÕES NA ÁREA DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE COM PESSOAS SURDOCEGAS.

“A surdocegueira é uma deficiência diferenciada, gerada pela deficiência sensorial, de uma gravidade tal que torna difícil que os sentidos afetados se compensem entre si. Na interação com as barreiras do ambiente, afeta a vida social, a comunicação, o acesso à informação, a orientação e a mobilidade.” (WFDB, 2018, p.4)

Neste capítulo, foi apresentada a avaliação inicial em OM para a construção da proposta individualizada dentro do processo de reabilitação. Com respeito às pessoas com surdocegueira, é fundamental planejar esse primeiro encontro de entrevista e observação devido às características únicas dos sistemas de comunicação que cada pessoa surdocega pode empregar. A partir de um trabalho colaborativo entre as distintas áreas, é importante que a pessoa conte nesse primeiro encontro com as intervenções específicas com relação à comunicação para que se possa obter toda a informação possível para estabelecer os objetivos de OM.

A esse respeito, oferecem-se alguns exemplos:

- A pessoa com surdocegueira apresenta cegueira total, certa funcionalidade auditiva no ouvido esquerdo e deve-se falar com ela em tom natural a uns 10 cm do seu lado esquerdo. É importante que o ambiente não esteja cheio de poluição sonora para uma conversa adequada. Como apresenta surdocegueira adquirida pós-linguística e sua primeira língua é o português falado, responderá nessa língua durante a entrevista.



- A pessoa com surdocegueira adquirida apresenta baixa visão com diminuição do campo visual periférico e sua língua é a Língua de Sinais (Libras), às vezes por contato ou a uma distância e ângulo particular, de acordo com a avaliação funcional visual. No dia da entrevista, é fundamental a presença de um guia-intérprete.

Estas duas situações mostram a relevância do trabalho em equipe dentro da instituição e a importância de assegurar todos os meios para que, na avaliação inicial, o participante com surdocegueira não encontre dificuldades, tanto para a comunicação expressiva quanto receptiva.

No momento de planejar as práticas, deve-se ter a mesma consideração com respeito à comunicação, e, por sua vez, na instituição pode-se aprender, caso não se conheça, o sistema de comunicação do participante com surdocegueira. Da mesma forma, é necessário um trabalho conjunto entre o profissional da área de OM e o guia intérprete, para antecipar os sinais específicos relacionados com o vocabulário comum, como, por exemplo, ponto de referência.

Deve-se dar importância à aproximação respeitosa ao corpo da pessoa surdocega, que ao requerer mais interações táteis nos deslocamentos pode se sentir invadida. É por esse motivo que as chaves táteis que se utilizem durante os deslocamentos e o ensino das técnicas devem ser acordados com o(a) participante de maneira a criar um código em comum que favoreça as interações e evite a manipulação ou gestos no corpo sem antecipação.

Por outro lado, o uso de sinais hápticos ganha relevância dentro do programa de OM de um(a) participante com surdocegueira.

De acordo com a Surdocegueira Internacional (DBI):



“De um ponto de vista linguístico, a comunicação háptica faz referência ao que subjaz para além das línguas culturais ou convencionais. É a transmissão de outras formas de expressão que damos uns aos outros, por exemplo, através de sinais, expressões faciais e linguagem corporal, que é parte do que é tradicionalmente conhecido como comunicação total. A comunicação háptica refere-se a uma concepção do tato muito mais matizada. Aqui, a pessoa surdocega tem a oportunidade de, através do tato/movimento de outra pessoa, perceber a forma e o contorno. Por exemplo, pode-se ‘desenhar’ a paisagem ou o entorno nas costas da pessoa surdocega para transmitir-lhe uma imagem do que a rodeia. Os sinais hápticos representam um sistema tátil de signo/tato, que pode funcionar em conjunto com a ‘palavra falada’.” (DBI, 2014, p.26)

Através da sinalografia háptica, podem-se expandir informações do ambiente ao participante com surdocegueira. Por exemplo, desenha-se com o dedo indicador nas costas da pessoa um quadrado que representa a sala onde se encontra, marca-se com um sinal distinto e acordado a localização das portas nesse quadrado e, da mesma forma, as janelas, assim como qualquer outra informação relevante do entorno.

Alguns países criaram manuais de sinalografia háptica para poder sistematizar seu uso com as pessoas surdocegas.

Retomando a conceitualização sobre a surdocegueira, a OM aparece como uma das áreas mais importantes na intervenção. Sua implementação requer um trabalho de colaboração entre as distintas áreas com um planejamento prévio sistemático para antecipar o vocabulário novo que será usado em cada encontro ao ensinar uma técnica, considerando as características próprias da comunicação de cada participante.



CONSIDERAÇÕES NA ÁREA DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE COM USUÁRIOS(AS) DE CADEIRAS DE RODAS.

As pessoas com deficiência visual usuárias de cadeiras de rodas podem se incorporar a uma proposta de OM que lhes permita continuar tomando decisões sobre seus deslocamentos.

Cabe destacar que existem distintos tipos de cadeiras de rodas; as automotoras (a pessoa pode movê-las com autonomia e costumam ser leves) e as que são impulsionadas por outro(a) (requerem a mediação de outra pessoa). Também há cadeiras que têm módulos posturais, como o apoio cervical, os apoios laterais de tronco, o abductor de quadris, entre outros.

É importante levar em conta, para o deslocamento do participante em cadeira de rodas, iniciar com a descrição verbal do lugar onde se encontra ou do percurso que está realizando. A pessoa que acompanha a cadeira pode realizar esta atividade, para que o(a) participante construa uma imagem mental do seu espaço. A pessoa também pode ir realizando o rastreo enquanto é acompanhada no deslocamento.

Heydt, K. (1992) menciona que se pode estimular certa independência no uso da cadeira de rodas fornecendo guia verbal. Colocando-se em frente à cadeira, pode-se passar informações sobre caminho reto ou curvas que devem ser feitas. Se o(a) participante tiver baixa visão, estimular seu uso, identificando esquinas, degraus e rampas.

Podem-se considerar “para-choques” de borracha nos apoios para os pés, para que os dedos não se choquem com algum objeto.

Outra opção é realizar uma adaptação para manejar a cadeira de rodas com um só braço, mantendo uma linha reta no seu deslocamento e com a mão livre rastrear uma superfície.



Dependendo das características do participante, pode-se usar a cadeira de rodas elétrica para ter as duas mãos livres, o que permitiria fazer o rastreamento ou usar a bengala. Deve-se avaliar previamente as vantagens e desvantagens no uso e transporte desse tipo de cadeira de rodas e se a família conta com as condições para adquiri-la.

ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE (OM) A DISTÂNCIA.

Esta seção é uma exposição de como a abordagem de “Orientação e Mobilidade” foi se adequando ao contexto mundial do ano de 2020, situação que o mundo inteiro atravessou, e esta disciplina não foi a exceção.

Pandemia e desconcerto sobre as formas que se impuseram no momento de interagir com o outro. O contato físico com as pessoas não era seguro, tampouco compartilhar elementos. Sob essa premissa, como deveria fazer uma pessoa com deficiência visual que se vale do contato com o outro para receber assistência?

Organizações mundiais de e para pessoas com deficiência visual realizaram recomendações e encontros virtuais entre colegas para que, unidos em critérios, se pudesse encontrar uma luz no fim do túnel dentro de tanta incredulidade e desconcerto, podendo orientar as pessoas com deficiência visual nas “novas estratégias” no momento do deslocamento na rua.

- Surgem variáveis importantes a serem levadas em conta
- Impacto psicológico por não poder sair;
- Temor pela exposição ao vírus;
- Objetivos a curto prazo.

Desconforto diante da impossibilidade de conseguir ajuda de alguém para fazer compras, no caso de pessoas que moram sozinhas.



A abordagem a distância representou um desafio profissional muito profundo. Uma disciplina prática, ministrada a partir da virtualidade, foi algo impensável em tempos passados. Mas aqui nos encontramos, os especialistas da área, para continuar dando respostas às necessidades das pessoas cegas ou com baixa visão, sobre diferentes maneiras, o como e para quê.

Esta modalidade de trabalho marca um precedente que se forja na pandemia para que continuem mantendo sua reabilitação. O interessante é que pode ser aplicado em outras situações, tais como: instituições fechadas devido a obras ou Pessoas que moram longe e não têm como chegar à sede, podendo assim continuar a manter o tratamento etc.

ORIENTAÇÕES GERAIS.

Vínculo profissional-participante.

Para começar, algo que nunca vai se modificar no tempo e no contexto que for: o vínculo Profissional ou Técnico reabilitador-participante.

- O ponto de partida é conhecer a situação subjetiva e estado de espírito da pessoa com quem se vai trabalhar.
- Indagar sobre o impacto psicológico de permanecer em casa sem contato direto com familiares/amigos.

Rotinas interrompidas.

Conhecer os recursos de que dispõe para planejar atividades e estratégias. Se conta com dispositivos eletrônicos (celular, computador, *tablet*) e capacidade de utilização, OU se o seu único meio de comunicação é através de telefone fixo.



Conectividade. Se a pessoa tem serviço de internet e qual a velocidade que possui.

Priorizar objetivos. Sempre tendo como norte as prioridades e necessidades da pessoa.

Material acessível. Oferecer as informações ou atividades em formato acessível; se for vídeo, que o conteúdo seja claro e preciso ou, como alternativa, que tenha audiodescrição.

As escolhas das atividades dependerão da personalidade, habilidade e possibilidade da pessoa.

Propostas de trabalho.

No momento prévio a estabelecer contacto telefônico com o(a) participante, o(a) Profissional ou Técnico de Reabilitação tem tudo pronto, organizado e preparado. A atividade do dia será realizada conforme o previsto. Mas, o que acontece se a pessoa relatar um episódio que viveu ou sentiu dias antes? A configuração se modifica e se trabalha sobre o que surgir naquele momento.

Por exemplo: foi fazer compras e se desorientou, encontrou um semáforo sonoro e não soube o que fazer, atravessou um posto de gasolina e não encontrou a parede, tentou localizar a porta de sua casa e não conseguiu etc. Dezenas de variáveis podem aparecer. O profissional ou técnico de reabilitação deve estar preparado para isso.

Portanto, as atividades devem estar planejadas, mas deve-se compreender que podem surgir outras questões.

Objetivo: Conseguir se deslocar com segurança e independência dentro de um local fechado, aplicando as técnicas correspondentes.

Metodologia: Incorporação de Técnicas de proteção pessoal.



Recursos: chamada telefônica, videochamada, filmagens, fotografias.

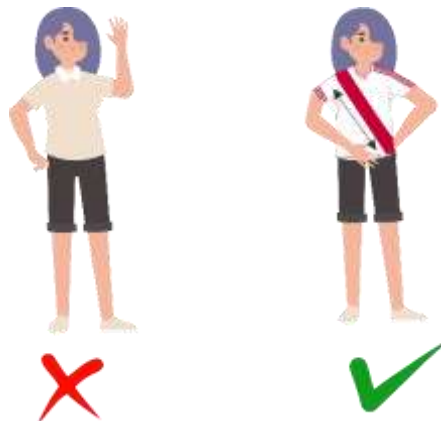
1. Explicação.
2. Oferecer Informações audiovisuais (material elaborado para que o participante possa terminar de entender as formas de realizar as técnicas e possa ser socializado com seu ambiente próximo).
3. Solicitar Feedback para poder avaliar postura, posição dos braços, mãos etc.

É uma circunstância para poder informar a família sobre o que o(a) participante necessita para melhorar seu deslocamento. O material pode ser revisto por ambas as partes para conseguir entender como são as técnicas.

Um recurso muito útil é fazer analogias das técnicas com objetos ou aspectos cotidianos para compensar a ausência de contato direto com o profissional, dado que, geralmente, é difícil realizar corretamente as técnicas de proteção. Nesse caso, pode-se pensar em peças de vestuário mundialmente reconhecidas que podem servir de exemplo, tais como camisas de time de futebol que, pelo seu *design*, ajudam a pessoa a interpretar como colocar os braços para realizar a técnica corretamente. A seguir, um exemplo:

Possíveis analogias:

- Camisas de times (Club Atlético River Plate da Argentina, Seleção de Futebol do Peru etc.
- Faixas de vencedoras em concursos de beleza.



No caso das camisas de time de futebol, facilita muito, sobretudo para os simpatizantes do esporte, porque se compara a posição do braço que protege o corpo com a peça, e pode gerar um espaço de humor para aqueles que são fanáticos. Inclusive eles mesmos apelidam a técnica. O braço deve se posicionar como a faixa vermelha da camisa, na diagonal do corpo.

Esta situação ajuda a pessoa a relaxar, a utilização do senso de humor, que segundo Sanz (2002), é um veículo de comunicação e é uma forma útil para liberar ansiedade, tensão e insegurança. (Losada, 2019, p3).

Objetivo: Manter a orientação durante o deslocamento em espaços internos

Metodologia: Técnica de Rastreamento. Treinamento na utilização de referências dinâmicas e estáticas. Alinhamento/Enquadramento do corpo em relação ao ambiente.

O(A) participante irá descrevendo os espaços de sua casa, enquanto o profissional ou técnico reabilitador vai elaborando o mapa do que será o guia de trabalho. Ao trabalhar com jovens e adultos, não apresentam dificuldades para descrever como o espaço está distribuído, mas podem se desorientar em alguns espaços quando se deslocam.

Pode-se trabalhar paralelamente as técnicas de proteção.

- a. Explicação de técnicas de orientação.
- b. Avaliar, de forma verbal, o que foi aprendido.
- c. Propor reconhecimento tátil de seus espaços.
- d. Propor percursos.
- e. Envolver a família solicitando que coloquem certos objetos em lugares específicos para que o participante encontre.

Objetivo: Deslocar-se em diversos espaços com segurança e eficácia acompanhado(a) de um(a) guia.

- **Metodologia:** Técnica de deslocamento com guia.
- **Deslocamento:** escadas, lugares estreitos, localização de cadeira, veículos.
- **Recursos:** Material Audiovisual. Editado para que possa ser reenviado por WhatsApp ao ambiente próximo. Curto, simples e leve para qualquer tipo de celular.

O(A) profissional ou técnico reabilitador deve utilizar as vantagens como oportunidades, e esse tipo de atividade é ideal para envolver a família ou ambiente próximo sobre o que o participante está passando e necessitando. Sobre as formas de posicionar o braço na hora de caminhar, como fazer na hora de atravessar um espaço estreito, ou ao subir no transporte público etc.

Elaborar as instruções com música ambiente convida a pessoa a manter a atenção no que se deseja transmitir, evitando a monotonia na comunicação.

Objetivo: Potencializar as habilidades auditivas para facilitar a interpretação das informações sensoriais do ambiente.

- **Metodologia:** Otimização do sentido auditivo. Desenvolver Habilidades senso perceptivas.
- **Percepção auditiva:** (detecção do som, discriminação.)



- **Habilidades cognitivas:** (Memória, sequenciação, execução.)
- **Recursos:** Sons variados.

O(A) participante escuta diversos sons, devendo indicar qual elemento escuta, e depois sequenciar a ordem de aparição. A atividade irá se tornando mais complexa, adicionando-se cada vez mais sons à sequência.

Outro tipo de exercício é relatar histórias, elaboradas com situações próprias do deslocamento independente e detalhes específicos, para depois fazer uma série de perguntas a respeito. Pode-se pensar na possibilidade de escrever o relato com características pessoais que envolvem o participante. Exemplo: que a história se desenvolva em sua residência ou arredores, nomear comércios vizinhos às ruas de sua casa etc. A utilização do *Google Maps* fornece imagens do entorno que podem dar veracidade e atratividade ao relato.

Estas situações de aprendizagem se projetam a momentos cotidianos, por exemplo, quando uma pessoa com deficiência visual se desorienta e solicita informação a qualquer transeunte, deve escutar, memorizar, para depois sequenciar e executar (os mesmos passos que nos exercícios propostos).

Metodologia: Utilização de Som Envolvente (3D).

- **Detecção** do som, direcionalidade.
- **Recursos:** Histórias em mp3, músicas.

O som 3D é uma técnica na qual, mediante edição, é possível recriar o movimento do som ao nosso redor, não só nas laterais (esquerda e direita), mas em 360 graus. Apresentada em forma de histórias, relatos ou música, atrai e convida o participante a ser parte da história e a pôr em prática a habilidade auditiva de perceber de onde vêm os sons, tal qual se faz quando estamos na rua.



Pode-se perguntar sobre os gostos do participante e oferecer materiais com base em suas preferências.

Nos casos de baixa visão, em que a pessoa muitas vezes se mostra resistente a certas técnicas, isso a ajuda a se conectar com o que precisa, já que lhe parece atrativo e inovador.

É utilizada como ponto de partida do que o(a) profissional ou técnico reabilitador aborda em seguida como medidas de segurança na rua, especialmente na hora de realizar as travessias, sobretudo com aquelas pessoas que ainda não têm consciência do que significa deslocar-se na via pública tendo deficiência visual.

Estas se referem a estar mais atento na hora de atravessar a rua, identificar se algum pedestre se aproxima para poder solicitar ajuda, poder antecipar pessoas que estejam falando, carros saindo da garagem etc.

Objetivo: Avaliar aprendizagens.

O momento de avaliação não deve ser formal. Em orientação e mobilidade esta é progressiva, à medida que a pessoa vai adquirindo técnicas e estratégias,

os exercícios vão se tornando mais complexos.

Um momento de descontração e de jogos pode ser uma boa desculpa para que o(a) técnico reabilitador determine em que estágio a pessoa se encontra.

Preparar um jogo de perguntas e respostas que seja agradável e dinâmico. Sons para as respostas corretas e incorretas, o tempo correndo etc. O(A) profissional no papel de condutor(a) pode ser muito divertido. É claro que as perguntas devem ser sobre o que foi abordado e pensar em situações específicas tais como: usar luvas com bengala, sim ou não? atravessar a rua se tocarem a buzina para que atravesse? etc.



Independentemente do resultado, essa atividade costuma incentivar o participante a raciocinar para responder. Quando respondem corretamente, eles próprios notam que estão conscientes das estratégias e técnicas que lhes permitem recuperar as funções em suas atividades cotidianas.

O(A) profissional deve avaliar desde o início do treinamento até o presente: os êxitos adquiridos, os obstáculos do trabalho a distância, os objetivos pendentes, se os desejos e necessidades do participante permanecem ou se modificaram etc.

Objetivo: Manter um deslocamento independente.

- **Metodologia:** Técnica de Deslocamento com a Bengala.

Esta proposta depende do estágio emocional, físico e cinestésico. É benéfica para aquelas pessoas que treinaram previamente a utilização da bengala branca na rua com o(a) técnico reabilitador. Não é aconselhável realizá-la com participantes que não tiveram a experiência de sair e trabalhar as técnicas previamente.

O(A) profissional deve conhecer o ambiente e as características de onde reside o(a) participante. Deve analisar as imagens de satélite do *Google Maps* e confrontá-las com a pessoa (o apoio da família pode ser valioso), para ter a menor margem de erro possível.

O objetivo é a detecção de irregularidades na calçada (degraus, subidas, descidas, buracos etc.), mediante a percepção de tato indireto, utilizando a bengala branca de segurança.

O percurso a ser proposto será para aquelas pessoas que:

- Adquiriram a técnica de *Hoover* com o(a) profissional *in loco*.
- Tenham noção a respeito das medidas de segurança na rua.
- Realizem saídas com seus familiares por seu bairro.



- Aceitem a bengala branca de segurança como ferramenta para sua independência.

Em primeira instância, o(a) profissional descreve as imagens que tem a respeito da rua do domicílio (trecho entre uma esquina e outra). Marcam-se as referências que podem ser utilizadas para localizar a residência, bem como comércios, se houver. Caso haja referências anteriores ao trecho, também são comentadas.

Uma vez socializada a informação pertinente para o participante, propõe-se fazer um reconhecimento de uma esquina à outra (o(a) profissional avalia se é necessário que o realize acompanhado ou não).

Na chamada seguinte, trabalha-se sobre o que foi vivenciado. Caso haja ajustes, o exercício será repetido quantas vezes for necessário.

Uma vez alcançado o reconhecimento daquele trecho da rua, será realizado o mesmo exercício para que o(a) participante explore o quarteirão completo.

CONCLUSÃO.

Algumas propostas foram sugeridas para que se possa realizar uma abordagem dinâmica e funcional da disciplina em modalidade remota. Nessa "nova forma" de trabalho, deve estar presente a premissa de que os objetivos não serão fáceis de alcançar e levarão mais tempo para se concretizar, e para alguns, podem ser inadequados, dado que a segurança ao se deslocar na rua é obtida não somente pela aplicação de técnicas, mas também, pela segurança que o(a) técnico reabilitador concede no local. Isso depende das características de cada pessoa, de seu entorno e história pessoal.



Ainda assim, o trabalho a distância é possível, não só para a apropriação de novas estratégias, mas para manter as habilidades que teriam sido adquiridas durante o trabalho presencial.

A família continua sendo um pilar importante no trabalho remoto, visto que, além de acompanhar seu familiar no que for surgindo em seu processo de reabilitação, deve assistir ou guiar em certos exercícios propostos pelo(a) profissional.

O(A) profissional de Orientação e Mobilidade deve ser criativo, flexível, empático e paciente. O tempo para alcançar o sucesso é outro, mais lento, em alguns casos complexos pelo contexto de confinamento ou pela ausência presencial do profissional no local onde se encontra.

Nunca deve se afastar das necessidades e desejos da pessoa que está se reabilitando, pois no(a) profissional, estão depositados os anseios e aspirações para melhorar sua qualidade de vida.

O acompanhamento tem que ser empático, respeitoso, paciente, entendendo a situação que o(a) participante pode estar atravessando, tanto familiar quanto em suas possibilidades de se apropriar das estratégias.

A criatividade é fundamental para poder elaborar exercícios que sejam dinâmicos, efetivos, de fácil entendimento e funcionais.

Utiliza-se a tecnologia como um recurso imprescindível para poder realizar o trabalho remoto, favorecendo o incentivo para que a pessoa possa acessar as informações a respeito das técnicas para melhorar sua qualidade de vida, por meio de: edição de vídeos acessíveis, utilização de imagens de satélite para que o(a) profissional possa avaliar o nível de acessibilidade do ambiente ao redor, bem como propor exercícios, tendo conhecimento da disposição do terreno. O emprego de sons introduzidos para conseguir a aproximação ao treinamento auditivo na rua etc.



Esta proposta alternativa da abordagem de orientação e mobilidade remota demonstrou ser eficiente, útil e prática, mas não se compara com o trabalho através do contato próximo e estreito, fundamental para uma pessoa cega ou com baixa visão que tem o desejo de retomar seu deslocamento na rua e que atravessa sensações de insegurança e temor.



BIBLIOGRAFIA

Basterrechea Estella, M., Blocona Santos, C., Echevarría Arellano, M., Lagrava Alcañiz, R., Matey García, M., Reyes Llaveró, D., Rodríguez de Luengo, M., Vicente Mosquete, M. (2011). Desplazamiento. En Ortiz Ortiz, P. (Ed), *Discapacidad Visual y Autonomía Personal: Enfoque Práctico de la Rehabilitación*. (1ª. Ed., 477-621). Organización Nacional de Ciegos Españoles-ONCE. <http://bitly.ws/zHMo>

Bernarás Iturrioz, Elena (2003) La aplicación de un programa de orientación y movilidad con personas ciegas y con discapacidad visual grave. *Revista de Psico didáctica*, n. 15-16, 2003, pp. 155-169. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea. Vitoria-Gazteiz, España. Recuperado online em 28 de janeiro de 2023 de: <http://bit.ly/3jiugcf>

DBI Review (2014) Número 52, p.26. Recuperado em 21 de janeiro de 2023 de: <https://bit.ly/3hAFkAw>

Gurovich, Lydia (2001) *Baja visión*. Buenos Aires Edición de la autora

Hill, E. y Ponder, P. (1981). *Orientación y Técnicas de Movilidad*. Rosell y Sordo Noriega, S. de R.L.

Losada, Analía Verónica y Lacasta, Marisol (2019). Sentido del Humor y sus Beneficios en Salud. *Calidad de Vida y Salud*, 12 (1), 2-22.

Navarro Díaz L. (sf). *Entrenamiento en habilidades de autonomía personal*. cap.10. <http://bitly.ws/zHAz>

Ministerio da Educação (2013). *Guía de Orientación y Movilidad (OyM), Comprensión de la discapacidad V, Tomo 5*. Vice-ministério de Educação Superior de Formação Profissional/Direção Geral de Formação de Professores. La Paz-Bolivia. Recuperado online em 21 de janeiro de 2023 de: <https://bit.ly/3JuUqmx>



Vila López, J. M (1994) Apuntes Sobre Rehabilitación Visual. ONCE. Madrid

Weiner W., Welsh R. y Blasch BB. (010) Foundations of Orientation and Mobility (Tercera edição) AFB Press.

WFDB (2018) En riesgo de exclusión de la implementación de la CDPD y de los ODS: Desigualdad y Personas con Sordoceguera. Informe global. Recuperado em 21 de janeiro de 2023 de: <https://bit.ly/3VfSAsq>



CAPÍTULO 9: ÁREA TERAPIA OCUPACIONAL

Autoras:

- **Olivieri, Natalia Soledad.** Graduada em Terapia Ocupacional, Argentina.
- **Zambrano Mariño, Zulma Yolima.** Terapeuta Ocupacional, Colômbia.



INTRODUÇÃO.

A Terapia Ocupacional cumpre um papel importante na recuperação da autonomia funcional e participação social da população com deficiência visual (pessoas cegas, com Baixa Visão ou Surdocegas) no âmbito de suas atividades básicas cotidianas e instrumentais, bem como em sua interação adequada com o meio que as rodeia. Recuperar essa autonomia repercute no pleno cumprimento e desempenho de cada um de seus papéis ocupacionais (trabalhador/a, estudante, membro de família e/ou comunidade etc.), melhorando significativamente sua qualidade de vida e estado de espírito.

No caso das pessoas com baixa visão, a terapia ocupacional concentra-se no desempenho adequado de suas atividades básicas e instrumentais a partir de sua funcionalidade visual, modificações no lar, trabalho ou escola, sempre dentro de um ambiente seguro para a pessoa.

É importante ter em conta que toda abordagem deve partir de aspectos como o conhecimento da causa da perda visual, um diagnóstico visual que permita ao terapeuta fornecer à pessoa as normas de segurança necessárias para diminuir qualquer tipo de risco ao executar suas atividades básicas e instrumentais, a idade, a ocupação, os interesses, o conhecimento prévio que se tem sobre as atividades e o meio em que se desempenha. Desta maneira, pode-se desenvolver um plano de intervenção individual que cumpra com as expectativas do participante ao iniciar um processo de reabilitação.

PRINCIPAIS MARCOS TEÓRICOS DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA A ABORDAGEM DA DEFICIÊNCIA VISUAL.

A intervenção do terapeuta ocupacional na reabilitação das pessoas cegas ou com baixa visão deve buscar um tratamento



respeitoso e que responda às necessidades da pessoa, o que inclui todas as decisões que se tomem frente a seus processos de reabilitação. A evolução do conceito de deficiência a partir do enfoque dos direitos levou à revisão dos modelos de assistência tradicionais no âmbito da saúde, dos serviços sociais ou do emprego, para incorporar, nos últimos anos, os modelos de Atenção Centrada na Pessoa (ACP).

Na terapia ocupacional, dois grandes modelos de atenção são inspirados na ACP: o modelo canadense do desempenho ocupacional e o modelo da ocupação humana.

O Modelo Canadense do Desempenho Ocupacional refere-se à capacidade da pessoa para escolher, organizar e desenvolver de forma satisfatória ocupações significativas e culturalmente adaptadas em busca do autocuidado, de aproveitar a vida e de contribuir para a sociedade. Nesse modelo existem três interlocutores fundamentais:

1. A OCUPAÇÃO

A palavra ocupação emana do conceito geral de ocupar-se a si mesmo e de exercer controle da própria vida. A ocupação se refere a grupos de atividades e tarefas da vida diária, nomeadas, organizadas e às quais o indivíduo e a cultura dão um valor e um significado. Inclui os âmbitos de autocuidado, lazer e produtividade. A ocupação é uma necessidade humana básica. Toda pessoa deve estar ocupada nas distintas facetas da sua vida. Existe uma relação fundamental entre a ocupação e a saúde. Por saúde, entendemos ter as oportunidades e as habilidades para envolver-se em padrões significativos de ocupação para o cuidado próprio, o desfrute da vida e contribuir para o tecido social e econômico da comunidade ao longo da vida, para além da ausência de doença.



2. A PESSOA

Os terapeutas creem nas capacidades de todo ser humano. A pessoa é vista de forma holística. "Holismo (do grego *holos*, que significa totalidade), termo criado pelo filósofo sul-africano Jan Smutts, significa o esforço de interpretar o todo nas partes e as partes no todo" (Leonardo Boff, 2000, Pág. 22). É um ponto de vista das pessoas como seres completos, integrados por mente, corpo e espírito.

3. O MEIO AMBIENTE

O meio ambiente no qual a pessoa se desempenha cumpre um papel importante e não se limita somente ao seu domicílio, mas também inclui o estabelecimento educacional, o escritório, as instituições e todo lugar onde a pessoa desempenhe um papel ocupacional. Assim, é importante a sociedade à qual pertence, já que esta possui normas, leis e regras às quais o ser humano deve ajustar-se e, particularmente, esta sociedade ou meio ambiente em que se desempenha pode ser a origem ou o fator que aumente sua disfunção ocupacional.

Por fim, encontramos o modelo do Desempenho Ocupacional, que é o resultado da interação da pessoa, seu meio ambiente e a ocupação. "É a capacidade de escolher e realizar atividades significativas, culturalmente adequadas, para um apropriado autocuidado e gozo da vida, dentro de uma comunidade."

As ocupações são por definição fundamentais para a saúde, a identidade e o sentido de competência da pessoa e têm significado e valor particular para quem as desenvolve.

Ocupação não é apenas trabalho, existem mais oito categorias que devemos levar em conta ao nos aproximarmos de um PARTICIPANTE para conhecer a que área destina seu tempo durante o dia: Atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária,



gestão da saúde, descanso e sono, educação, recreação, lazer e participação social (AOTA 2020).

O comportamento ocupacional passa por distintos momentos de um processo contínuo: exploração, competência e êxito). Em uma atividade que se escolhe e se desfruta, no começo, descobrem-se as habilidades onde não se encontram limites e é tudo diversão. É assim que se sente a primeira etapa da aquisição de um novo comportamento ocupacional, pelo estado exploratório.

Depois, se a pessoa quiser e puder progredir para a próxima etapa, a da competência, realiza a atividade com maior segurança e autoconfiança, anima-se a novos desafios e complexidades.

Só resta a última etapa para que se complete o processo de aquisição do novo comportamento ocupacional que escolheu como desafio, que é realizar essa atividade em todos os âmbitos onde se desenvolve, o que constitui um êxito.

A identidade ocupacional será moldada através das escolhas que a pessoa terá ao longo de sua vida e a contínua progressão entre as etapas mencionadas (exploração, competência e êxito), incorporando novas áreas de participação ocupacional. Cada comportamento ocupacional alcançado atua como um processo organizador através do fazer. É necessário levar em conta que, se há falta de exploração, haverá restrição na participação.

Será o terapeuta ocupacional quem se constituirá em gestor de oportunidades para explorar e participar de atividades significativas, pensar propostas para que, quase sem se dar conta, as pessoas se conectem e, a partir daí, possam escolher as tarefas desejadas nas quais se envolver.



A REABILITAÇÃO COMO UM PROCESSO INTEGRAL

No enfoque da terapia ocupacional, utilizar-se-á o PLANEJAMENTO CENTRADO NA PESSOA e seu entorno. Deverá ser o adolescente, jovem e adultos quem direcione os conteúdos a trabalhar de acordo com suas necessidades e interesses, com o propósito de melhorar sua qualidade de vida.

Pensar nos(as)) Participantes dos serviços como cidadãos de direitos obriga os Profissionais ou técnicos reabilitadores a fazer melhor uso do que sabem. Uma parte integral do processo de Terapia Ocupacional é o uso terapêutico de si mesmo, no qual se interage através do uso do raciocínio clínico, da empatia, do trabalho colaborativo e da modalidade de atenção centrada na pessoa.

A reabilitação deve estar centrada no conhecimento das normas e técnicas de segurança que permitam ao participante retomar sua independência.

O profissional ou técnico reabilitador, em relação à atividade, deve levar em conta:

- A seleção da atividade apropriada.
- A observação prévia da atividade.
- A detecção dos obstáculos.
- A seleção dos elementos e recursos ambientais apropriados.
- A necessidade de adaptar a atividade, com base nos conhecimentos prévios que o participante possua a respeito.

Com relação ao participante, este deve conhecer:

- Capacidades e habilidades.
- Interesses e afinidades.
- Atitude e predisposição para a aprendizagem.
- Conhecimentos prévios na realização da atividade.



- Momento do processo de reabilitação.
- Reconhecimento de sua deficiência.
- Nível de acolhimento do grupo convivente
- Situação ocupacional atual.

Ao intervir é prioritário pensar nos seguintes fatores: a pessoa e seu entorno, a idade, o nível educacional, o contexto, seu nível de autonomia e autodeterminação e o desejo, para além das possibilidades da deficiência e do desenvolvimento de estratégias para que ocorra.

Em princípio, é necessário realizar uma avaliação inicial a fim de conhecer as necessidades próprias do participante e estabelecer o nível de independência nas atividades básicas cotidianas e instrumentais. Da mesma forma, estabelece-se a prioridade das atividades a serem realizadas de acordo com as necessidades imediatas e os interesses do sujeito (ver anexo III ficha de avaliação), ou fazer uso do instrumento Avaliação das Atividades da Vida Diária e Instrumentais (VAVDI) de Pellegrini, M, o qual classifica as atividades da vida diária da seguinte maneira:

1. Atividades da Vida Diária (AVD):

- A. Higiene e arrumação pessoal.
- B. Vestir-se.
- C. Banho.
- D. Mobilidade funcional.
- E. Alimentar-se.
- F. Higiene íntima (toalete).

2. Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI):

- G. Cuidados com a casa.
- H. Preparação de alimentos.
- I. Gestão do dinheiro.



- J. manuseio de remédios.
- K. Organização da roupa.
- L. Mobilidade na comunidade.
- M. Ir às compras.
- N. Utilizar dispositivos de comunicação.

Os critérios de pontuação após a realização da avaliação são os seguintes:

- **1 Autônomo/Funcional:** A pessoa realiza a atividade de forma autônoma e segura.
- **2 Baixo apoio de terceiros:** A pessoa realiza a atividade de forma segura com apoio mínimo de terceiros.
- **3 Médio apoio de terceiros:** A pessoa necessita de supervisão e/ou apoio de terceiros para completar o desempenho da atividade.
- **4 Alto apoio de terceiros:** A pessoa necessita de supervisão constante e/ou um alto apoio de terceiros para o desempenho da atividade.
- **5 Dependente/Disfuncional:** A pessoa não consegue desempenhar a atividade de forma segura e/ou a atividade é realizada por terceiros.

Uma vez posto em prática o plano de ação, devem ser consideradas duas variáveis: o espaço físico, que pode ser o atendimento no serviço ou centro, ou ainda no domicílio, ou de forma mista, bem como o tipo de abordagem: estratégias, periodicidade, agentes externos participantes e o tempo estimado para o desenvolvimento do plano de ação. Também deve-se levar em conta a realização de uma avaliação periódica e os critérios de início ou descontinuidade dos tratamentos.

Se o processo de intervenção for realizado em um centro de reabilitação, é importante contar com um espaço suficientemente



adequado que se assemelhe a uma casa ou apartamento, dotado de todos e cada um dos espaços que o compõem e dos elementos que ali se encontram. Se, por outro lado, for desenvolvido no próprio ambiente do participante, deve-se ajustar cada espaço de acordo com as necessidades próprias; ou seja, adaptações no banheiro, cozinha, escadas, bem como adaptações quanto ao uso de luz e contraste no caso de pessoas com baixa visão.

Atividades Básicas Cotidianas e Atividades Básicas Instrumentais

A participação em atividades básicas e instrumentais constitui um meio para o alcance de outras ocupações no desenvolvimento de diversos papéis. Pedro Moruno e Dulce María Romero, em seu livro "Atividades da Vida Diária", fazem referência aos papéis ocupacionais ao longo do ciclo de vida.

A partir da adolescência e juventude, adquire-se maior independência econômica, o que também influencia no cuidado pessoal e no lazer. Costumam ocorrer mudanças importantes, assumindo maiores responsabilidades no cuidado da casa, cuidado de outros e no âmbito laboral, e se desenvolve o projeto de vida.

Na fase da maturidade, ocorre um aumento de interesse ou preocupação com o cuidado pessoal. No final desta fase, apresentam-se mudanças corporais e na identidade relativas à idade. No âmbito laboral, alcança-se grande estabilidade. Da mesma forma, continua-se no processo de remodelação corporal iniciado na fase anterior e também costuma aumentar o número de atividades dedicadas ao cuidado de outras pessoas.

Por último, na fase da velhice, incrementam-se as atividades satisfatórias.

Dentro da reabilitação de pessoas cegas e com baixa visão, o(a) terapeuta ocupacional se concentra na recuperação da capacidade para



o desempenho independente das atividades da vida diária e das atividades instrumentais.

As atividades da vida diária são definidas como aquelas atividades orientadas para o cuidado do próprio corpo. Para o caso das pessoas cegas e com baixa visão, é possível oferecer orientação, por exemplo, sobre as técnicas para o reconhecimento de xampu e condicionador, aplicação de pasta de dente sem gerar desperdício, técnicas para a identificação das roupas e suas cores baseada nas formas, desenhos e texturas, reconhecimento do lado certo e avesso destas, cuidado das unhas, manutenção da barba no caso dos homens e maquiagem nas mulheres, técnicas para o manuseio dos talheres ao se alimentar. Para o caso das pessoas com baixa visão, é importante enfatizar a utilização da luz, das cores e do contraste, por exemplo, na pasta de dente em relação à cor da escova de dente, uso de espelhos de aumento para fazer barba e maquiagem, uso de lupas ou ampliadores para fazer as unhas, tudo isso com objetivo de aproveitar o remanescente visual de uma maneira correta e segura, sem que essas atividades gerem sintomas ou sinais de fadiga visual.

Cabe destacar que se, ao trabalhar com o participante com baixa visão, ele já possuir os auxílios ópticos, não ópticos e eletrônicos prescritas pelo especialista em baixa visão, as mesmas devem ser utilizadas durante as sessões.

Por outro lado, as atividades instrumentais são atividades orientadas para interagir com o ambiente, que muitas vezes são complexas e geralmente opcionais por natureza, ou seja, que podem ser delegadas a outra pessoa. Com as atividades instrumentais da vida diária acontece o mesmo, o principal objetivo é dar a conhecer as normas e técnicas de segurança para o desempenho independente e seguro destas, assim como o conhecimento dos elementos ou utensílios que podem facilitar sua realização, por exemplo: medidor de



líquidos, aplicativos para reconhecimento de dinheiro, reconhecimento de cores, uso de telefones celulares.

A intervenção deve partir do conhecimento prévio que a pessoa tem, das técnicas que utiliza e se, além disso, elas lhe oferecem segurança.

Atividades de Higiene Maior e/ou Menor

- É indispensável manter os espaços ordenados e os elementos em seu lugar; se forem realocados em outros espaços, é fundamental informar a pessoa com deficiência visual.
- Se conviver com pessoas com baixa visão, é importante que utilize recipientes de diferentes formas, tamanhos e cores.

Atividades de Alimentação.

- Sempre informe a pessoa o que há dentro do prato.
- Utilize a técnica do relógio (identificação dos alimentos em 12, 3, 6 e 9).
- Com pessoas com baixa visão, utilize, se possível, louças coloridas, evite mesas de vidro que possam gerar reflexo, bem como toalhas de mesa brancas com louça branca. Lembre-se que o manejo do contraste facilita a atividade de alimentação.

Arrumação Pessoal.

- Organize suas roupas no armário, se possível, por cor, dependendo de suas características físicas e em ordem de peças: camisas, calças e/ou saias, casacos.
- No uso de maquiagem, especialmente nos olhos, é necessário considerar se existe alguma restrição oftalmológica para sua utilização. Realize a aplicação de forma uniforme e em pequenas quantidades a fim de evitar excessos. Recomenda-se mostrar a utilidade do espelho de aumento quando se trabalha com pessoas com baixa visão.



- para se barbear, sempre que possível, sugere-se utilizar barbeador elétrico. Caso contrário, é importante que o participante procure não utilizar uma máquina descartável mais de quatro vezes para evitar lesões na pele. Recomenda-se mostrar a utilidade do espelho de aumento quando se trabalha com pessoas com baixa visão.

- Para fazer as unhas, evite o uso de cortadores de unha ou elementos cortantes, substituindo-os por lixas, pedra-pomes ou elementos de ponta redonda.

Com pessoas com baixa visão é muito importante considerar o diagnóstico e o comportamento visual do participante, já que a partir disso pode-se orientar sobre as normas de segurança, como por exemplo: tempo de exposição ao calor, ajuste da distância de trabalho, iluminação adequada e direcionada à atividade evitando reflexos, manejo do contraste e da cor em cada atividade, utilização de movimentos compensatórios da cabeça que lhe permitam fazer melhor uso de seu resíduo visual, manuseio das auxílios ópticos, não ópticas e eletrônicas prescritas, bem como a possibilidade de conhecer os diferentes elementos que se encontram no mercado para facilitar o desempenho das atividades básicas cotidianas e atividades básicas instrumentais, como a possibilidade de utilizar outras estratégias compensatórias (Ver Anexos I e II).

ATENDIMENTO A DISTÂNCIA

A partir do ano de 2020, o mundo inteiro reinventou muitas de suas ações em razão da pandemia, e a intervenção da terapia ocupacional não podia ser exceção. Foi por isso que vários terapeutas criaram diferentes estratégias de intervenção em que a família ou cuidador desempenha um papel importantíssimo, já que se tornam a ponte de ação entre o participante e o profissional ou técnico reabilitador. Foram criadas estratégias como *podcasts* referentes ao



tema com orientações claras e de fácil entendimento tanto para o participante quanto para a família, vídeos em diferentes plataformas de *streaming*, acompanhamentos telefônicos sob supervisão da família, vídeos caseiros com *feedback* das ações, entre outros.

É importante levar em conta que, devido ao fato de esse tipo de intervenção não ser realizado diretamente com o participante e não permitir gerar *feedback* imediato da interiorização e aplicação das técnicas e normas de segurança, sugere-se realizar uma avaliação final dos resultados obtidos de forma presencial, para fazer os ajustes que forem necessários no desempenho do participante.

Para o caso da intervenção da terapia ocupacional para pessoas com surdocegueira, realiza-se ampliação do tema no capítulo 13 do manual: "Reabilitação de Pessoas com Surdocegueira".



ANEXO I

Algumas Dicas Sugeridas para as Atividades da Vida Diária:

ALIMENTAÇÃO:

- Colocar um jogo americano de cor contrastante com a cor da mesa debaixo do prato para evitar que deslize e para que se possa localizá-lo com maior facilidade.
- Colocar utensílios de cores contrastantes com cor da mesa, distribuí-los e informar antecipadamente sua localização.
- Antecipar verbalmente os alimentos que serão servidos.
- Utilizar pratos de cor contrastante ao alimento a servir, por exemplo, se for servido arroz, utilizar um prato escuro.
- Utilizar um recipiente à parte para a guarnição (salada, purê, etc.).
- Pode-se facilitar o corte de alimentos mais complexos cortando-os em tiras para que possam fazer o corte final.
- Facilitar o corte de carnes vermelhas e brancas servindo-as sem osso.
- Dispor de garrafas de plástico rígido e que não ultrapassem 1,5 l para facilitar servir líquidos.
- Incentivar a realização de receitas simples e sem cozimento: sanduíches e saladas. Também se pode motivar a untar torradas, utilizando um prato e utensílios.
- Promover o uso do micro-ondas para preparar diversas infusões. Levando em conta que a xícara deve estar cheia até um pouco mais da metade para evitar riscos durante o transporte.
- Estabelecer em conjunto com o participante um critério de ordem determinado em gavetas e armários para facilitar a busca e localização.



- O momento de comer deve ser fundamentalmente um momento agradável, pelo que se sugere não utilizá-lo especificamente como espaço de prática, já que isso implica uma exigência extra e pode ocorrer que a pessoa acabe comendo os alimentos frios. Se for utilizado algum desses momentos, é recomendável servir alimentos frios, que não condicionem o tempo da prática.



ANEXO II

SUGESTÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DA CASA E A AUTONOMIA NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA:

Organização e Ordem da Geladeira:

É importante sempre buscar, entre todos os integrantes da família, um critério de ordem e sustentá-lo, inclusive a pessoa que, sem ser familiar, trabalha na casa.

- Colocar os vegetais na gaveta.
- Identificar e reservar uma prateleira em que se coloquem os alimentos que se utilizam para o café da manhã e/ou lanche, geleia, queijo etc.
- Colocar preferencialmente as garrafas na porta.
- Os recipientes plásticos herméticos são uma boa opção para ordenar os alimentos cozidos ou os frios. Podem ser rotulados ou simplesmente buscar formatos distintos, como por exemplo, queijo em um recipiente retangular, carne em um redondo etc.

Com certeza cada pessoa terá muitas outras ideias; se reorganizarem a geladeira, é importante que todos os integrantes da família sejam participantes. Na medida em que se sistematiza um critério de ordem comum, facilita-se a realização das tarefas a todos os integrantes da família.

Organização de Armários e Gavetas:

Algumas sugestões e dicas para facilitar as tarefas:

- No uso de móveis compartilhados, estabelecer critérios de ordem entre todos os integrantes da família.
- Manter a ordem em conjunto e transmitir qualquer modificação a todo o grupo convivente.



- Os armários e gavetas devem ter os utensílios de uso mais habitual mais próximos, e o que não está em uso cotidiano, arquivar ou guardar em uma prateleira mais alta.
- Não ter utensílios de material que possa quebrar com facilidade, como por exemplo vidro, cerâmica, porcelana em alturas elevadas.
- Não utilizar painéis e utensílios muito pesados. Quanto mais simples for a tarefa, mais protegida estará a coluna vertebral.
- Rotular se for necessário, letra de imprensa maiúscula em um tamanho acessível para todos e com contraste adequado sobre o fundo onde será colocado.
- Os recipientes herméticos plásticos são de grande ajuda, há grande variedade de tamanhos e cores.

Medidas de Segurança ao lidar com Fogo:

- Para acender as bocas do fogão, utilizar acendedores.
- Sempre que possível, utilizar as bocas de trás.
- É necessário que ao cozinhar a pessoa não esteja utilizando roupas inflamáveis e, se tiver cabelo longo, que esteja preso.
- Ao manipular algo sobre a boca do fogão o fogo deve estar no mínimo.
- Não aproximar o rosto do fogão para verificar o cozimento.
- Não utilizar panos de prato ao pegar as caçarolas.
- Usar pegadores ou luvas isolantes para pegar os utensílios quentes.
- Verificar a intensidade do fogo.
- Verificar a superfície de trabalho antes de iniciar a preparação (limpa e seca).
- Utilizar alarmes para saber o tempo de cozimento.
- Ao finalizar, limpar todo o espaço em que se trabalhou; deixar superfícies secas e livres de alimentos.



- Se não for necessário, não permanecer perto do fogão enquanto está aceso. Controlar o cozimento e afastar-se.

Utensílios e Louças:

Na hora de cozinhar, selecionar o elemento adequado permite melhorar e facilitar o desempenho. Em lojas e supermercados, existem variedades de utensílios e louças que podem ser de grande utilidade para a tarefa.

Algumas dicas na hora de comprar.

- **Jogos americanos antiderrapantes:** Para colocar na bancada ou mesa da cozinha na hora de cortar alimentos e para comer. Ter dois ou três de cores distintas.
- **Tábuas de corte:** Uma de cor clara para cortar alimentos que contrastem com ela, como por exemplo, pimentão ou carne. Uma escura para cortar, por exemplo, batata ou queijo.
- **Utensílios medidores:** São importantes na hora de fazer doces e bolos. Existem de diferentes cores.
- **Louças:** Atualmente há grande variedade de *designs* e cores. Pratos de todas as cores e formas. Selecionar a cor de acordo com os alimentos a serem consumidos. O mesmo vale para copos e xícaras.
- **Recipientes herméticos:** De formas e cores distintas.

ANEXO III

MODELO DE ENTREVISTA INICIAL

Data:			
Idade:			
Participante:			
Diagnóstico Visual:			
Outras patologias:			
AVD BÁSICAS	TAREFAS	SIM - NÃO - COM AJUDA	OBSERVAÇÕES
ALIMENTAÇÃO	-Uso de talheres.		
	-Cortar com talheres		
	-Servir líquidos frios/quentes		
	-Serve sólidos		
	-Localizar comida no prato		

HIGIENE PESSOAL E ASSEIO	-Usa objetos para tal fim		
	-Barbear/ depilação		
	-Aplica e remove cosméticos		
	-Cuida de seu cabelo		
	-Cuida das unhas		
BANHO E CHUVEIRO	-Pega e usa objetos para esse fim		
	-Ensaboia, lava e seca seu corpo		
	-Toma medidas de segurança		
CONTROLE DE ESFÍNCTERES E HIGIENE	- Urinário		

	-Anal		
	-Limpeza		
VESTIR	-Se veste sozinho		
	-Se veste com ajuda		
	-Não reconhece as peças de roupas		
	-Confunde as cores		
	-Reconhece o lado direito e avesso das roupas		
ALIMENTAÇÃO COZINHA	-Acende forno/fogão		
	-Coloca sobre fogão/forno		
	-Usa geladeira		

	-Ações: descascar, cortar, picar.		
	-Infusões: (chá, café)		
	-Preparação de frituras		
	-Eletricidade/ conectar na tomada		
CUIDADO DA ROUPA	-Lavar/passar		
AVD BÁSICAS	TAREFAS	SIM - NÃO - COM AJUDA	OBSERVAÇÕES
CUIDADO DA ROUPA	-Lavar/passar		
	-Costura		
	-Dobrar		
CUIDADO DA CASA	-Varrer		

	-Passar pano		
	-Limpeza de móveis		
	-Lavar banheiro		
MOBILIDADE FUNCIONAL	-Se move de um lugar para outro		
	-Realiza mudanças funcionais		
	-Deambula (caminha)		
	-Transporta objetos		
	-Em sua casa		
	-Em outros locais		
USO DE SISTEMAS DE COMUNICAÇÃO	-Habilidades sociais		

	-Tel. fixo		
	-Tel. celular		
	-Tel. público		
IR ÀS COMPRAS	-Prepara lista de compras		
	-Selecciona e compra		
LIDA COM DINHEIRO	-Moedas		
	-Cédulas		
	-Carteira virtual/contas bancárias		
	-Gastos		
CUIDADOS DE SAÚDE	-Se cuida e mantém hábitos saudáveis		
	-Exercício físico		
	-Eliminação de riscos de saúde		

	-Rotinas de medicação		
CUIDADO DOS OBJETOS PESSOAIS	-Usa, limpa e conserva objetos pessoais: fones de ouvido, próteses, dentadura, bengala, óculos.		
CUIDADO DE OUTRAS PESSOAS	-Pais/filhos/ netos/animais de estimação		
ATIVIDADE OCUPACIONAL	-Educação		
	-Trabalho		
	-Participação social		
	-Viagens		
	-Arte/Cultura/ Esportes		
	- Voluntariado		



BIBLIOGRAFIA:

Del Álamo Martín, M. T., & Polo, J. G. (2020). Promoción de la autonomía personal y discapacidad visual: revisión bibliográfica. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 17(2), 214-224.

Moruno Millares, Pedro, Romero Dulce María, (2005). Actividades de la Vida Diaria.

Moruno Millares Pedro, Romero Ayuso Dulce María (2006) Actividades de la Vida Diaria.

Pellegrini M. Instrumentos de Evaluación en Psiquiatría. En: Libro de ponencias: II Jornadas de TO en Salud Mental de País Vasco. Vitoria-Gasteiz; outubro 2004.

https://www.youtube.com/results?search_query=tiflo servicios

Simó Algado, Salvador RegUrbanowski (2006) El Modelo Canadiense del proceso del Desempeño ocupacional Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG, ISSN-e 1885-527X, Nº. 3

Terapia ocupacional. **Modelo de Ocupación Humana** aplicación Kielhofner - 2004 - books.google.com

Tiflo servicios (s.f) videos (canal dO youtube). youtube. Recuperado EM 06 de agosto de 2020 de <https://www.youtube.com/watch?v=kkEjXKLcAQ&t=318s>



CAPÍTULO 10. LEITURA E ESCRITA EM SISTEMA BRAILLE.

Autores:

- **Calvo Monestel, Yamileth.** Especialista em Deficiência Visual, Costa Rica.
- **Correa, Gladys Viviana.** Técnica em Sistema Braille, Argentina.
- **Ganchala Caicedo, Vladimir.** Consultor e Assessor Pedagógico em Deficiência Visual, Equador.



INTRODUÇÃO.

SENTIMENTOS E SENSAÇÕES ACERCA DO SISTEMA BRAILLE.

Quando uma pessoa adquire uma deficiência visual na idade adulta, é necessário proporcionar-lhe um código que lhe permita escrever e ler. O Sistema Braille é o único que permite transpor para um sistema acessível tudo o que pode ser escrito em tinta.

Dado que as pessoas que adquirem a deficiência visual na idade adulta habitualmente já são alfabetizadas, trata-se apenas de uma mudança no sistema de escrita e leitura, portanto os aspectos pedagógicos utilizados são diferentes dos necessários na etapa de alfabetização das crianças.

Em geral, a pessoa que adquire a deficiência visual na idade adulta costuma rejeitar o uso do Sistema Braille, pois ter de soletrar novamente para ler gera angústia, sobretudo quando JÁ teve atividades de desenvolvimento intelectual.

Por essa razão, é fundamental mostrar os benefícios que o domínio do Sistema Braille pode proporcionar, sempre respeitando sua decisão de aprendê-lo ou não. De acordo com suas características, poderá escolher aprender o sistema para continuar lendo, se tiver sido um grande leitor a vida toda, ou caso deseje completar os estudos, melhorar o desempenho laboral ou realizar alguma atividade recreativa ou lúdica. Outras pessoas, pelo contrário, só o utilizarão para rotular objetos ou documentos pessoais, ou ainda marcar cartas de baralho, não necessitando, para isso, incorporar toda a simbologia.

Não se deve limitar a aprendizagem do sistema Braille pela idade, estado ou condição se houver interesse e predisposição. É função do Profissional ou Técnico de Reabilitação acompanhar esse processo que muitas vezes é complicado.

É a pessoa quem decide o que deseja aprender e como gostaria de conduzir o processo. Se seu interesse primordial for apenas



conhecer o sistema para rotular medicamentos ou escrever números de telefone, deve-se respeitar seu desejo para não desmotivá-lo, e mostrar todos os usos e a importância do sistema para o seu desenvolvimento.

No caso de participantes surdocegos, deve-se analisar primeiro as habilidades que a pessoa possui para decidir se é possível ou não alfabetizar em braille. (Calvo, Y, 2023).

Considerando estes aspectos, o presente capítulo oferece informações essenciais para uma abordagem eficiente e respeitosa das características e dos interesses do participante em comum acordo com a equipe profissional, mediante um trabalho interdisciplinar que acompanhe e sustente a aprendizagem dentro do processo geral de reabilitação pelo qual a pessoa está passando.

CONTEXTO DO USO DO SISTEMA BRAILLE.

Quanto à definição do uso ou não do sistema Braille, é necessário levar em conta o desenvolvimento da percepção tátil, já que, em algumas ocasiões, o(a) participante pode estar decidido a incorporar o sistema, mas não tem a percepção fina necessária para a leitura. Isso pode ocorrer por diversos motivos, seja por doenças ou acidentes que afetam o tato ou a mobilidade nas extremidades superiores (ombros, braços, mãos, dedos) ou por distintas atividades que desempenhou ao longo da sua vida laboral e que podem afetar a percepção tátil.

Quando se trata de pessoas cegas ou surdocegas, a aquisição do sistema para a funcionalidade que a pessoa desejar é muito proveitosa, enquanto que, quando se trata de pessoas com baixa visão, deve ser dada prioridade à reabilitação visual, de maneira a tentar recuperar a possibilidade de escrever.

e ler utilizando o seu resíduo visual funcional. No caso das pessoas com surdocegueira, é necessário que tenham primeiro o



conhecimento da língua de sinais para iniciar o processo de aquisição do sistema Braille.

Outro aspecto a ser levado em conta é o prognóstico da patologia visual, fundamentalmente em pessoas com surdocegueira parcial, já que, se a perda visual ou auditiva for progressiva, o sistema braille será uma ferramenta de comunicação de grande importância.

O ensino do sistema Braille em pessoas com surdocegueira, na maior parte do processo, é similar ao de qualquer pessoa cega ou com baixa visão. Como já mencionado, as propostas de ensino devem estar de acordo com as características próprias de cada participante, por isso a fase de reforço dos elementos espaço-temporais, estimulação e desenvolvimento tátil, empregando-se material didático lúdico e variado, é muito importante no período preparatório.

Nas pessoas com surdocegueira, o processo de aprendizagem dependerá de diversos fatores, tais como: se a surdocegueira é congênita ou adquirida, a idade, o nível prévio de alfabetização e o sistema de comunicação. A maneira de aprender vai variar de acordo com a forma de se comunicar. Se o participante requer um intérprete ou mediador, este deve ser incorporado ao trabalho na área. Se não teve a oportunidade de se alfabetizar, a aprendizagem da língua de sinais.

É recomendável que os(as) profissionais ou técnicos reabilitadores que têm sob sua responsabilidade a abordagem a pessoas com surdocegueira utilizem a maior quantidade possível de formas alternativas de comunicação, trabalhando em estreito vínculo com a família, tutor e/ou cuidador, que conhecem melhor o participante, sendo fundamentais seu suporte e suas contribuições em todo "O processo de reabilitação", já que serão os encarregados de colaborar no reforço em casa do que foi aprendido na instituição.



Uma pessoa com surdocegueira que adquire o conhecimento do Sistema Braille ganha uma forma adicional de se comunicar, já que tem a opção de adaptar o código Braille sobre as mãos, o que constitui uma vantagem para se incluir e relacionar com outras pessoas.

O profissional ou técnico de reabilitação que ensina Braille, portanto, deverá realizar inicialmente uma entrevista com a pessoa para mostrar-lhe como é o sistema e quais os benefícios do seu uso, avaliar as suas condições físicas, psicológicas e educacionais em relação ao seu desenvolvimento tátil, e analisar que utilidade dará ao código, para determinarem juntos se a pessoa irá aderir ao aprendizado ou prefere buscar outras alternativas.

Deve-se evitar a frustração da pessoa por não alcançar os objetivos propostos em um determinado tempo, daí a importância de conhecer muito bem as suas condições de saúde e qualidades para saber se é factível que alcance a meta proposta ou se é necessário encontrar alternativas viáveis no processo de aprendizagem.

No caso das pessoas com surdocegueira, as habilidades que possuem devem ser muito bem avaliadas, a fim de fornecer o suporte necessário para o alcance dos objetivos propostos.

HABILIDADES PRÉVIAS À AQUISIÇÃO DO SISTEMA.

A leitura e a escrita do sistema braille requerem habilidades motoras e sensoriais muito peculiares, competências e requisitos prévios impostos por ações que determinam uma série de cuidados necessários pela especificidade da construção destas duas contribuições linguístico-culturais.

O corpo precisa ser capaz de enfrentar desafios. A harmonização entre o corpo e a mente dita o sucesso desta aquisição e o desempenho posterior.



O(A) participante que decide aprender braille deve iniciar o processo com um período de desenvolvimento das capacidades psicomotoras, assim como das táteis. O aspecto cinestésico (sistema regulador do movimento) deve ser tratado com absoluto cuidado. A leitura do braille é tátil-cinestésica. No curso deste desenvolvimento, são instalados comportamentos motores que requerem vigilância e melhoria constantes. As articulações e os músculos devem ser trabalhados adequadamente, estabelecendo o controle dos movimentos, a dosagem de força, o fortalecimento dos dedos, pulsos e cotovelos. Tais movimentos dão firmeza e eficiência às mãos, tanto no uso individual quanto no emprego sincronizado entre elas.

A escrita em braille baseia-se em movimentos precisos que se ajustam entre si. Se o ensino do sistema for abordado através da utilização de reglete e punção, é necessário, nessa etapa prévia, trabalhar a reversibilidade.

Outro fator a se levar em conta é o domínio da espacialidade perante a folha de papel. A apreensão do espaço é fundamental para o exercício da leitura. O(A) participante deve alcançar um domínio adequado de:

- Conceito de lateralidade.
- Margens (esquerda - direita).
- Localização espacial (acima e abaixo).
- Disposição das linhas (uma debaixo da outra - posição vertical).

(Comissão Técnica da Didática do Braille, 2022, pp 9-10).

Para o ensino da Leitura e Escrita do Sistema Braille, deve-se estabelecer a correlação permanente entre escrita e leitura, pois se for dada ênfase apenas à escrita, o(a) participante não obterá um bom processo de leitura. Por isso, é essencial que na aquisição prévia do processo de pré-escrita e leitura se trabalhe na localização, orientação



e percepção dos pontos na cela, utilizando diferentes tipos de materiais concretos e semicomcretos que permitam ter uma imagem tátil dos distintos fonemas. (Ganchala V, 2022).

CONDIÇÕES DO PROFISSIONAL QUE ENSINA BRAILLE

O(A) profissional ou técnico reabilitador que trabalha no ensino do Sistema Braille a pessoas adultas deve ter certas condições pessoais e profissionais que são fundamentais para a abordagem da tarefa. Pode-se enumerar:

- Criatividade para procurar estratégias atrativas.
- Paciência para explicar sem causar frustração por não conseguir avançar.
- Responsabilidade na formação para contar sempre com as melhores alternativas pedagógicas.
- Entusiasmo pela atividade.
- Respeito pela decisão do participante em relação à aplicação que dará ao sistema e até onde deseja incorporá-lo nas suas atividades.

Deve possuir uma formação acadêmica na área da pedagogia ou, como alternativa, possuir cursos de formação continuada relacionados com o ensino do Sistema Braille, seja para educação formal ou informal, que o habilite a ensinar de forma adequada o processo de leitura e escrita desse sistema. Portanto, não basta ser apenas um usuário do Sistema Braille para poder ensiná-lo de forma responsável e correta.

Uma boa atitude do profissional ou técnico reabilitador permite gerar um ambiente agradável e condições desejáveis para que as pessoas que aprendem sintam confiança para expressar seus sentimentos ao aprender e em relação ao processo de aprendizagem. Esta informação é necessária para ser compartilhada com a equipe interdisciplinar na busca de novas estratégias de abordagem e



acompanhamento, caso surjam dificuldades mais complexas que interfiram no processo.

MÉTODO DE ENSINO

Quando se trabalha com pessoas adultas, é importante incorporar letras que facilitem a sua discriminação na leitura. Por exemplo, intercalar letras pequenas, como a ou c, com letras maiores, como l ou p, faz com que, ao lê-las, sejam identificadas mais facilmente, evitando a sensação de não conseguir ler. É necessário exercitar a escrita e a leitura simultânea para que a pessoa possa vivenciar e avaliar os seus progressos.

Outro aspecto a se considerar é trabalhar nas formas dos grafemas, não colocando ênfase na denominação numérica dos pontos, já que as pessoas adultas tendem a tentar memorizar a série numérica dos pontos e não as formas das letras. Para isso, sugere-se trabalhar muito com a localização espacial na confecção da letra na reglete, nos movimentos necessários para realizar cada letra e, em seguida, nos aspectos que facilitem a sua identificação na leitura. Desta forma, poder-se-á criar uma sensação de progresso e satisfação, automatizando os movimentos para o registro da letra e decodificando mais rapidamente as formas ao ler.

A motivação é essencial no processo de aprendizagem, pois permite que diferentes estratégias possam ser aplicadas de acordo com as possíveis dificuldades que possam surgir, levando em conta as diferenças individuais de cada participante e seus interesses para alcançar os objetivos propostos em seu Plano de Intervenção.

Um dos principais fatores a se considerar na hora de estabelecer um método de ensino do Sistema Braille para pessoas adultas é a diferença palpável entre a Alfabetização e a aquisição de um novo código de Leitura e Escrita. As pessoas que adquirem a deficiência



visual sendo adultas já foram previamente alfabetizadas em tinta, o que facilita, por um lado, os processos a serem aplicados pelo profissional ou técnico reabilitador ao propor o método didático e, por outro lado, a sucessão de passos a seguir pelos(as) participantes ao iniciar a aprendizagem do Sistema Braille como um novo código de acesso à informação e comunicação escrita. Isso se deve basicamente ao fato de que o adulto já tem um conhecimento prévio dos processos de codificação dos grafemas e sua associação com os fonemas linguísticos, que lhe são tão familiares no seu próprio idioma (Campo, F. 2001. P31).

DIDÁTICA DA LEITURA E ESCRITA DO SISTEMA BRAILLE POR FAMÍLIAS DE LETRAS GERADORAS

Com base no trabalho e experiência no ensino da Leitura e Escrita do Sistema Braille nos diferentes níveis de Educação, bem como na prática com pessoas adultas com Deficiência Visual, sugere-se aplicar este método que tem dado muito bons resultados e satisfação às pessoas que aprenderam com esta metodologia de trabalho.

Antes de iniciar e aplicar qualquer processo e/ou método de leitura e escrita do Sistema Braille, é fundamental realizar atividades sequenciais que visem a orientação espacial, percepção e imagem tátil (Tudo o que se toca ou se sente através do sentido do tato), além de desenvolver atividades de estimulação tátil como a motricidade fina (coordenação de músculos, ossos e nervos para produzir movimentos pequenos e precisos). Desta forma, o(a) participante estará em condições de discriminar, reconhecer e localizar os pontos em diferentes tamanhos de cela ou materiais didáticos para pré-escrita e leitura, ou seja, atividades com Macropontos, Macro Braille e, posteriormente, a utilização do Braille propriamente dito. Mediante este trabalho, evita-se que o(a) participante sinta frustração por não



conseguir reconhecer adequadamente os diferentes grafemas, gerando e estimulando o interesse em aprender este novo código.

Quando se utiliza a reglete (instrumento para escrever braile de forma manual), deve-se começar o trabalho com a localização espacial dos seis pontos, seja na posição de escrita, da direita para a esquerda, seja na de leitura, da esquerda para a direita. A localização desses 6 pontos dá origem ao sinal gerador com o qual se podem realizar 64 combinações.

Quando se utiliza a máquina Perkins para escrever, na qual se pressionam as teclas correspondentes a cada ponto de forma mecânica, para formar as diferentes letras, é preciso pressionar simultaneamente duas ou mais teclas, obtendo a impressão na posição de leitura.

A utilização da Reglete Ativa ou Positiva não é muito frequente na América Latina por falta de produção e difusão da mesma. Uma de suas vantagens é que nela se pode escrever da esquerda para a direita e não é necessário realizar uma inversão como na reglete. No entanto, para a escrita, requer-se maior precisão, já que é preciso fazer coincidir a abertura do orifício do punção sobre o ponto em relevo que se encontra na reglete, o que gera uma má impressão em pessoas que ainda não dominam a escrita corretamente. Além disso, procurar o ponto com a ponta do punção para pressionar e imprimir cada ponto faz com que não se consiga uma escrita veloz.

A metodologia com a qual se sugere abordar o ensino da leitura e escrita baseia-se na sequência da perfuração, trabalhando por famílias das letras geradoras para evitar confusão entre as letras espelho (e-i, d-f, h-j etc.), já que o afastamento desses símbolos favorece o reconhecimento mais rápido dos grafemas.

LETRAS GERADORAS DAS FAMÍLIAS

Família da letra a: a, b, l, k, c, e, â, d, ô.

Nesta família aparecem as vogais a e e para formar palavras e frases de fácil escrita e leitura.

Exemplos: ala, abala, dela, cala, alce, cela, dedal, alô.

Família da letra k: k, m, o, u, n, z, x, y.

Nesta família incorporam-se as vogais o e u, que permitem combinar letras curtas com letras longas para facilitar a identificação dos grafemas na leitura.

Exemplos: boda, cedo, moda, mano, cena, zona, xô.

Família da letra b: b, f, h, sinal de abrir parênteses (, ê, g, à.

Exemplos: foca, jogo, goma, gelado, manhã, bebê.

Família da letra l: l, p, r, v, q, á, ç, é.

Exemplos: pá, época, área, aquele, povo, vocal, palha, roça, lâmpada.

Série da vírgula ou ponto 2: , ; : ? i j ã w.

Exemplo: fiel, haja, julgo, Wendy, hoje.

Série do ponto e vírgula ou pontos 2 e 3: ; s ! “-” t ú.

Exemplos: sábado, taxa, túnel, tosse.

Série do ponto final ou ponto 3: . í * -) ã ó sinal de número 3,4,5,6.

Exemplos: Sílabas, mãe, nítido, óvulo, módulo, código.

Neste método, vão-se incorporando paulatinamente as letras do alfabeto, os sinais de pontuação, as vogais acentuadas e o sinal de número com o qual podemos formar os números naturais de 0 a 9 e os sinais aritméticos básicos. Com o Sistema Braille Integral, podemos gerar a Grafia Matemática, a Musicografia, a Estenografia ou Braille



abreviado (grau 2), e outros sinais e símbolos matemáticos de nível superior.

(Ganchala, V & Ganchala A. 2023. Didática da Leitura e Escrita do Sistema Braille por Sequência da Perfuração, adaptado para língua portuguesa).

TÉCNICAS BÁSICAS DE LEITURA

Como já foi dito, quando se ensina Braille a uma pessoa adulta, é necessário trabalhar simultaneamente a escrita e a leitura. No caso desta última, é preciso explicar detalhadamente alguns aspectos do desenvolvimento do sentido do tato para que o(a) participante possa conseguir uma posição correta de suas mãos e dedos ao ler.

a) Sabe-se que é a polpa do dedo, e não a ponta, que concentra mais terminações sensoriais táteis. Por isso, é essencial que o dedo se posicione de maneira plana sobre o papel.

b) É sabido também que o tamanho da letra Braille cabe no espaço da polpa do dedo posicionado de maneira vertical sobre a folha, portanto não se deve inclinar os dedos quando se deslocam sobre a linha escrita.

c) É necessário que o(a) participante identifique, através da prática, qual será o seu dedo leitor, isto é, qual dos dois dedos indicadores lhe oferece mais rapidamente a informação do relevo dos pontos escritos. O outro dedo será o que acompanha a leitura.

d) Para ler, as mãos deverão ser colocadas uma junto à outra, com as polpas dos dois dedos indicadores juntos sobre a palavra a ler, posicionando o dedo leitor de forma reta sobre a primeira letra, enquanto com o outro podemos avançar no reconhecimento do sinal que se segue ou acompanhar espacialmente o seguimento da linha. Os dois dedos indicadores permanecem juntos, colocando-se os polegares

por baixo, tentando gerar o menor espaço de separação possível com o papel, já que uma distância maior entre a palma da mão e o papel implica inclinar os dedos indicadores, diminuindo a superfície de contato entre as polpas e os sinais a serem lidos.

e) O restante dos dedos não deve fechar-se sobre a palma da mão, mas sim manter-se esticados, numa posição relaxada e natural. Se fecharmos os dedos sobre a palma, o que vamos provocar é que os indicadores fiquem mais separados do papel e mais apoiados na ponta. Assim, a letra não poderá ser percebida de uma só vez na polpa do dedo e será necessário fazer movimentos para cima e para baixo para identificá-la.



f. Com as mãos posicionadas desta forma, o movimento que deve ser realizado para identificar o sinal nunca será de deslizar sobre ele; em vez disso, a polpa do dedo deve mover-se suavemente para um lado e para o outro, sem se deslocar, permitindo que todos os pontos da letra impactem seu relevo sobre ela. Mover o dedo sobre a letra gera confusão, porque podem-se captar pontos das letras vizinhas, e até mesmo sair da linha.

G. Para a leitura, as mãos devem estar limpas, bem secas e relaxadas para não prejudicar a impressão e facilitar o deslocamento ágil sobre o papel.



H. O percurso sobre a linha começa com os dois dedos indicadores juntos, que assim irão avançando até a parte final da linha. Ao alcançar a última palavra, as mãos se separam para que a esquerda comece a percorrer o espaço entrelinhas procurando a linha seguinte, enquanto a direita termina de ler a última palavra escrita da linha.

I. Quando se termina de ler essa última palavra, a mão direita começa a retornar para encontrar a mão esquerda e se unir a ela para continuar com a leitura na linha seguinte. Se for exercitado





diariamente, levando em conta estas técnicas, pode-se alcançar uma leitura veloz, compreensiva e dinâmica que permita, inclusive, desfrutar de uma leitura recreativa.

Aprimoramento da Leitura e Espaçamento de Linhas

Uma vez dominada a posição correta das mãos, é necessário trabalhar a forma dos sinais durante a leitura, podendo-se, inclusive, mostrar algumas uniões de letras que facilitam a leitura, como a sílaba “ca”, que pode ser percebida como 3 pontos horizontais.

Inicialmente, trabalha-se com escritos com espaçamento entrelinhas.

Quando a leitura se torna medianamente fluida, modifica-se o espaço de separação, escrevendo duas linhas seguidas e uma em branco.

Esta separação a cada duas linhas permite que o(a) participante possa se localizar na primeira linha, pois terá um espaço vazio acima, e na segunda, porque terá um espaço vazio abaixo. Assim, também começará a percorrer o espaço entre as duas linhas escritas com um pouco mais de dificuldade, mas a leitura não ficará tão travada, porque esse percurso difícil ocorre a cada duas linhas de leitura mais fluida.

Quando essa leitura começa a ser confortável, são oferecidos alguns textos para que o(a) participante possa desfrutar e avaliar positivamente sua velocidade de leitura.

Posteriormente, adiciona-se uma nova linha ao grupo, escrevendo três linhas contínuas e uma em branco.

Nesta oportunidade, o(a) participante terá a orientação do espaço em branco na primeira e na terceira linha, e a central será a que apresentará a dificuldade de contar com dois espaços pequenos entrelinhas para percorrer e voltar à margem esquerda para ler a linha seguinte. Esse estreitamento do espaço gera mais dificuldade e requer



um pouco mais de tempo para o leitor recuperar sua velocidade de leitura anterior, mas tem a vantagem de que, quando essa velocidade for recuperada, já se pode incluir a escrita em linhas contínuas, porque a pessoa estará em condições de seguir a linha para ler, de regressar no espaço entrelinhas para chegar à margem esquerda e ler a linha seguinte sem dificuldade, podendo, finalmente, realizar uma leitura ágil, compreensiva e prazerosa.

TRABALHO A DISTÂNCIA.

Quando, por distintas razões, o trabalho presencial é interrompido, é importante não paralisar o processo, para que o(a) participante não se esqueça rapidamente do que foi aprendido.

Nesse sentido, a Pandemia de COVID-19 deixou várias boas práticas, que, embora só possam ser utilizadas com pessoas que já estão em processo de incorporação do código, são de grande utilidade para avançar na conquista dos objetivos.

As estratégias propostas a seguir não darão resultado para iniciar a aprendizagem do sistema Braille caso não haja apoio visual do ambiente do participante, já que aqui o profissional ou técnico reabilitador se torna um facilitador do processo interativo, utilizando material didático diverso.

Algumas estratégias que permitem continuar com a incorporação de novas letras e com o exercício da leitura podem ser:

a) WHATSAPP: Pode-se manter contato direto com o(a) participante se ele(a) dominar o celular ou se um familiar servir como elo, indicando-se os pontos de cada letra a incorporar e enviando instruções de exercícios concretos, como listas de palavras, ditado de textos etc.

b) MATERIAL ESCRITO: Pode ser enviado por meio de algum sistema de correio ou algum intermediário do ambiente do



participante. Deve ser acompanhado por **indicações claras** para que um familiar supervisione, por exemplo, a posição das mãos ao ler, de modo a não criar vícios posturais que prejudiquem a leitura. O texto pode ser enviado em tinta para que ele(a) possa receber assistência em alguma palavra ou letra que demonstre dificuldade e interrompa o processo de leitura.

c) VÍDEOS: Solicitar que um familiar envie um vídeo da pessoa lendo para avaliar se as técnicas de leitura estão sendo aplicadas corretamente e fornecer *feedback* sobre o progresso.

d) VIDEOCHAMADAS: Pode-se combinar com a pessoa que auxilia no exercício a realização de uma videochamada enquanto o(a) participante pratica a escrita, para observar e corrigir possíveis vícios na posição correta da punção e dos braços ao escrever.

e) ESPAÇO DE CONSULTAS: Criar um espaço em horário e dia determinados para que o(a) participante possa realizar consultas enquanto pratica sua escrita ou leitura.

Como se pode observar, as estratégias podem ser muitas e muito diversas e dependem em grande medida da **criatividade** do profissional ou técnico reabilitador, incluindo a realização de jogos por comunicação telefônica, para que a atividade se torne mais atraente.

No trabalho a distância é essencial contar com o apoio da família ou entorno significativo para alcançar resultados satisfatórios.

Por outro lado, é preciso levar em conta que se requer um trabalho presencial posterior que permita avaliar e corrigir qualquer tipo de erro de escrita ou modificar posturas, para determinar que os objetivos foram alcançados.

Algumas Conclusões

Em síntese, fica claro que:

- O uso do código Braille é decisão do participante.



- O oferecimento e a demonstração dos benefícios e vantagens de sua incorporação às ferramentas que são fornecidas na reabilitação ficam sob responsabilidade do profissional ou técnico reabilitador e em sua capacidade de entusiasmar a pessoa.
- A escrita e a leitura são incorporadas de maneira simultânea.
- As técnicas de leitura são fundamentais para se alcançar uma leitura prazerosa.

E, finalmente, são os Estados e aqueles que trabalham na defesa dos Direitos das pessoas com deficiência visual que devem trabalhar para que se imprimam revistas e textos de interesse para aquelas pessoas adultas que desejam continuar lendo material recreativo e para que cada vez mais empresas incluam o sistema em suas embalagens e invólucros, bem como em outros produtos de uso cotidiano, para que a autonomia diária seja mais completa.



Bibliografía

Baciero, A., Perea, M., e Gómez, P. (2019). Touching your words: Why braille reading is special. *Ciencia Cognitiva*, 13:2, 54-57. <https://www.cienciacognitiva.org/?p=1857>

Conselho Iberoamericano do Braille. Comissão Técnica da Didática do Braille. "Conhecimentos Fundamentais para o Exercício do Ensino do Sistema Braille"

Conselho Iberoamericano do Braille. Comissão Técnica da Didática do Braille (2022). "Critérios Pedagógicos para o Ensino do Braille a Pessoas Cegas Adultas".

E. Gastón López, Comisión Braille Española (2017). Braitico: método de la once para la alfabetización y competencia lectoescritora. *Revista digital sobre discapacidad visual*, N.º 71, ppt 163-191. ISSN 1887-3383. PDF.

ICEVI Latinoamérica. (2020). "LA VIGENCIA DEL SISTEMA BRAILLE EN EL SIGLO XXI".

Ministerio de Educación. (2010). EDUCACIÓN INCLUSIVA: DISCAPACIDAD VISUAL MÓDULO 5: EL SISTEMA BRAILLE.PDF.

http://www.riate.org/version/v1/materiales_en_prueba/e_inclusiva_discapacidad/unidad_5/m5_metodo_ensenanza.htm

Ministerio de Educación del Ecuador (MINEDUC). (2008). Módulo de Lecto-escritura braille.

ONCE y Comisión Braille Española. (2015). Documento técnico B 11-1: "La didáctica del braille más allá del código. Nuevas perspectivas en la alfabetización del alumnado con discapacidad visual".

ONCE y Comisión Braille Española. (2021). Documento técnico "La adquisición del código de lectoescritura braille para adultos con ceguera y sordoceguera".



CAPÍTULO 11. ÁREA DE TECNOLOGIA: USO DA INFORMÁTICA E DISPOSITIVOS MÓVEIS

Autores:

- **Selis, María Belén.** Graduada em Terapia Ocupacional, Argentina.
- **Zamora Zamora, Oscar Vidal.** Instrutor de Informática, El Salvador.



INTRODUÇÃO

Através da comunicação em qualquer uma de suas variantes, possibilitou-se a troca de informações, a transmissão de conhecimentos, pensamentos e descobertas, os quais precisaram ser interpretados para depois serem armazenados e transmitidos.

O ser humano, desde suas origens, tem buscado formas de interagir com o meio, através de diversas manifestações que foram evoluindo como formas de linguagem (gestual, oral, escrita), que lhe permitiram expressar suas ideias e sentimentos. A comunicação, portanto, responde a uma necessidade básica do ser humano, que significa um meio de ligação consigo mesmo e com seu ambiente. (Lopera-Restrepo, Aguirre-Patrone, Parada-Ceballos e Boquet-Quiñones, 2010). (P.52).

Quando uma pessoa perde a visão ou apresenta diminuição visual, ela começa a ter dificuldades em relação aos modos de leitura e escrita mais frequentes/convencionais. As pessoas cegas têm que aprender novas formas de leitura e escrita, como o **Sistema Braille**; as pessoas com baixa visão podem fazer uso funcional de seu potencial visual e complementá-lo com o uso de outras ferramentas. Ao mesmo tempo, devem aprender a utilizar outros canais sensoriais (audição e tato) para acessar a informação ou comunicação.

Em virtude do mencionado, considera-se indispensável aprofundar o que se conhece como **Tiflotecnologia** e que se define como "o conjunto de técnicas, conhecimentos e recursos que têm como objetivo proporcionar às pessoas com deficiência visual os meios para utilizarem de forma otimizada e funcional os dispositivos tecnológicos, acessando à informação escrita, a fim de favorecer sua autonomia pessoal, integração social, profissional e/ou educacional." (Collado, S; Giménez, Juan A. ONCE).



A finalidade de incorporar esta área de trabalho na oferta dos serviços ou centros de reabilitação é proporcionar à população com deficiência visual conhecimentos teórico-práticos sobre as **ferramentas de tecnologia assistiva** que lhes permitam fazer um uso adequado das tecnologias da informação e comunicação (TIC).

USO DO COMPUTADOR

O desenvolvimento acelerado das tecnologias da informação e comunicação tem incidido na capacidade de processamento da informação e produção do conhecimento. Nesse sentido, esse constante crescimento tecnológico também tem trazido consigo um importante benefício para as pessoas com deficiência visual. Surgiram os leitores de tela, os ampliadores de tela e outras ferramentas específicas que favorecem o uso independente do computador.

OBJETIVO GERAL:

Garantir o direito de ter acesso ao conhecimento das Tecnologias de Informação e Comunicação acessíveis, para que estejam imersos no desenvolvimento integral e nas necessidades sociais atuais, através do uso independente do computador como meio de acesso à informação digital.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Dar a conhecer as diferentes ferramentas tecnológicas acessíveis e disponíveis no mercado que existem para acessar a informação digital ou escrita em tinta, conforme a condição visual.
- Proporcionar conhecimentos das TICs acessíveis para estar na vanguarda das exigências tecnológicas da sociedade.



- Favorecer o conhecimento dos diferentes leitores de tela existentes, ampliadores de tela e ferramentas de acessibilidade que podem ser executadas ou instaladas no computador de forma gratuita ou paga.
- Conhecer o leitor de tela e as ferramentas de acessibilidade que vêm com os diferentes sistemas operacionais.
- Aprender as combinações de teclas do leitor ou ampliador de tela e as do sistema operacional, para deslocar-se na interface das diferentes janelas.
- Incluir e instruir no uso das linhas braille
- a população surdocega ou cega (se assim o requererem) para acessar as informações da tela.

O uso das TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação) reduziu enormemente a lacuna que existia no acesso à informação escrita, tanto para pessoas cegas quanto para aquelas com baixa visão ou surdocegueira.

Por outro lado, é um meio de comunicação com o ambiente social da pessoa, mediante o uso das redes sociais, e uma fonte de possibilidades quanto à participação em diversas formações através de diferentes plataformas virtuais, não só para acessar a informação, mas para também apropriar-se dela, já que, superada a pandemia e o contexto de isolamento causado pela COVID-19, muitos centros de formação oferecem cursos, inclusive de graduação, através dessas plataformas.

O uso eficiente das TIC pode facilitar a ocupação de um posto de trabalho, bem como a geração e transmissão de conteúdo.

Quando uma pessoa com deficiência visual inicia seu processo de reabilitação na área tecnológica, é necessário que o profissional ou técnico reabilitador realize uma avaliação inicial (Ver ANEXO I), na qual



deve ser avaliada a condição visual por meio da observação, a fim de realizar as adaptações razoáveis no Plano de Ação. Deve-se determinar o grau de baixa visão (se possui potencial visual) — seja leve, moderado ou grave — ou se possui cegueira total.

Com essas informações, o profissional ou técnico reabilitador deve configurar e personalizar as opções de acessibilidade próprias do sistema operacional de acordo com a condição visual do participante. Caso os recursos sejam compartilhados (computadores de mesa ou notebooks usados por vários participantes), podem-se criar várias contas de usuário em uma mesma máquina e personalizar cada uma delas.

Embora exista uma lista de temas básicos na área de informática, é importante que, inicialmente, sejam levados em conta os interesses e os conhecimentos prévios da pessoa que deseja recuperar sua autonomia no uso do computador.

Para isso, as pessoas cegas contam com a possibilidade de utilizar softwares **leitores de tela**, os quais permitem acessar a informação escrita que aparece no monitor, possibilitando o uso de todas as funções por meio da combinação de diversas teclas.

Atualmente, existem leitores de tela incorporados aos sistemas operacionais, outros que podem ser comprados e outros de uso livre e gratuito, sendo escolha de cada pessoa qual deseja utilizar. Um leitor de tela é uma ferramenta de software que permite às pessoas com deficiência visual acessar as informações exibidas na tela de um dispositivo eletrônico, como computador, smartphone ou tablet. Esses programas utilizam tecnologia de síntese de voz para ler em voz alta o conteúdo da tela, permitindo que os usuários ouçam a informação em vez de lê-la visualmente.

O leitor de tela analisa o texto, os gráficos e outros elementos visuais da interface de usuário e os converte em saída de voz ou em



braile, segundo as preferências do usuário. Também proporciona atalhos de teclado específicos para que os usuários possam navegar pela tela, interagir com os elementos e acessar as diversas funções do dispositivo.

Além de ler o conteúdo da tela, os leitores de tela também podem oferecer características adicionais, como a capacidade de reconhecer texto em imagens e documentos, proporcionar descrições de imagens e elementos visuais e facilitar a navegação por páginas web e documentos.

Em resumo, um leitor de tela é uma ferramenta essencial para as pessoas com deficiência visual, já que lhes permite ter acesso à informação digital e utilizar dispositivos eletrônicos de maneira independente.

É essencial ressaltar que as pessoas cegas não utilizam o mouse para navegar pela tela, dado que esse dispositivo é precisamente uma ferramenta de uso visual, feita para tornar mais amigável o acesso aos dados e a interação nas interfaces gráficas. Inicialmente, antes da existência do mouse, utilizavam-se combinações de teclas; com o surgimento da "setinha", essas funções deixaram de ser usadas em muitos âmbitos.

Os comandos de teclado no computador são utilizados para realizar diversas ações e funções de maneira mais rápida e eficiente. Esses comandos, também conhecidos como **atalhos de teclado**, permitem realizar tarefas comuns sem depender exclusivamente do mouse ou da interface gráfica.

Em geral, os comandos de teclas são uma forma eficiente de realizar tarefas comuns no computador, economizando tempo e permitindo maior produtividade. Cada programa e sistema operacional pode ter seu próprio conjunto de comandos, por isso recomenda-se



consultar a documentação ou buscar uma lista de atalhos específicos para cada caso.

Outra forma de acessar as informações da tela é por meio de uma **linha Braille**. Devido ao seu alto custo, esses elementos não costumam ser acessíveis, mas são fundamentais para que pessoas com surdoceguera utilizem a tecnologia. Nesses casos, é necessário mencionar que a informática constitui uma ferramenta de comunicação e gestão de informação única; portanto, seria de grande importância que os Estados fornecessem essa ferramenta aos usuários com surdocegueira, pois, de outra forma, não poderão usufruir desse valioso instrumento.

A linha Braille necessita de um leitor de tela para seu funcionamento e para o acesso ao conteúdo da tela de outro dispositivo. Existem também linhas Braille que podem funcionar de forma autônoma, sem estarem vinculadas a outro aparelho.

Dado que na reabilitação trabalha-se geralmente com pessoas que adquirem a deficiência visual na idade adulta, é comum que já tenham utilizado o computador anteriormente. Portanto, sugere-se realizar uma avaliação inicial a fim de determinar os conhecimentos prévios que a pessoa possui e partir do que ela já sabe e do que for de seu interesse.

Geralmente, as pessoas sem deficiência visual utilizam o teclado com 2 ou 4 dedos. Por isso, um dos primeiros passos é aprender a disposição das letras e números no teclado, localizando as marcas em relevo que trazem por padrão, utilizando todos os dedos. Se necessário, o profissional pode combinar com o participante a colocação de outras marcas que o orientem espacialmente na detecção rápida de algumas teclas, como a tecla **Enter**, por exemplo.



Deve-se trabalhar o teclado por linhas, realizando ditados que favoreçam o ganho de velocidade ao escrever, incorporando gradualmente as demais linhas de teclas.

Cabe mencionar que é fundamental o aprendizado de **datilografia** e que existem programas acessíveis para que a pessoa cega ou com deficiência visual faça esse aprendizado de forma autônoma.

Quando o participante já manipula o teclado, pode-se iniciar o uso de combinações de teclas específicas do leitor de tela ou do sistema operacional para as funções que se deseja utilizar.

Essa etapa deve ser motivada pelo profissional para que não se torne tediosa e para que, mediante a prática, o participante consiga dominar todas as técnicas.

Uma vez incorporada essa etapa, poderá ser iniciado o trabalho partindo dos interesses do participante. Essa ação tem como finalidade fazer com que a pessoa encontre rapidamente soluções para suas necessidades. Entretanto, enquanto esse processo ocorre, o profissional pode ir mostrando outras ferramentas que o computador oferece, para ampliar outros objetivos. Esse processo é mais indicado para pessoas idosas, cujo interesse possa ser puramente recreativo.

Em pessoas que adquirem a deficiência visual na juventude, dado que é necessário oferecer todas as ferramentas possíveis para sua posterior inclusão escolar, profissional ou social, deve-se considerar o ensino de todas as ferramentas, tais como:

- **Domínio de processadores de texto:** Criar arquivos e salvá-los, criar pastas e organizar informações, trabalhar com documentos, podendo formatá-los, manusear tabelas, colunas etc. A esse respeito, muitas vezes acontece de se ensinar apenas o uso básico do processador de texto, sem incluir questões de formato de texto ou design das páginas. É indispensável que as pessoas possam decidir e



projetar como desejam apresentar seus escritos e definir essas questões de maneira autônoma, pois são eles os autores.

- Uso de redes sociais.
- Uso de scanner para o acesso a materiais escritos e OCR para a conversão de textos em imagens.
- Uso de planilhas de cálculo.
- Uso de plataformas virtuais comuns.
- Uso correto do e-mail.
- Domínio eficiente de diferentes navegadores de Internet.

Se o participante estiver cursando alguma formação acadêmica, é necessário investigar quais ferramentas deverá utilizar para dar prioridade à sua inclusão no curso, deixando o restante para um momento posterior.

O profissional ou técnico reabilitador deve zelar a todo momento para que o uso do computador não seja apenas correto, mas eficiente, permitindo realizar as atividades de maneira fluida, o que implica bastante prática fora do encontro propriamente dito, por meio de exercícios específicos e práticas concretas.

Em concordância com o que foi dito anteriormente, uma boa forma de trabalhar na área é com apostilas de trabalho, que podem ser organizados por módulos de aprendizagem. De posse do diagnóstico da avaliação inicial, são feitas as adaptações razoáveis no material para imprimir as apostilas em fonte ampliada, Braille ou áudio, conforme necessário.

No caso de pessoas com potencial visual funcional, é recomendável avaliar se a condição visual pode variar segundo a patologia que possuam, para traçar o plano de abordagem oferecendo estratégias para a baixa visão e outras alternativas que compensem o déficit visual.



Feitas as avaliações necessárias da condição visual, deve-se procurar, na medida do possível, fazer adaptações razoáveis no ambiente de trabalho para evitar posturas inadequadas ou fadiga física ou visual. Essas adaptações dependem da necessidade particular de cada pessoa, por exemplo: ajustar a altura do monitor e do teclado, buscar caixas de som adequadas, fones de ouvido com microfone ou que tenham sua própria placa de som para ajustar o volume de forma mais fácil, cadeiras ergonômicas, móveis adequados etc.

Para a condição de baixa visão, existem poucos programas adicionais às ferramentas que o sistema operacional já traz para instalar, mas eles existem. No entanto, as opções de acessibilidade próprias de cada sistema operacional são muito eficientes, apresentando bom nível de desenvolvimento e atualização.

Ferramentas como a **lupa**, que está mais completa nas novas versões, o **alto contraste** personalizável (que pode ser ativado ou desativado diretamente por atalhos de teclado) e o ajuste do tamanho dos ícones e textos conforme a resolução da tela, permitem melhor resolução e visualização. Para esse fim, também é possível adaptar monitores maiores ao computador ou até conectar televisores maiores e com alta resolução, ou, ainda, aumentar e colorir o cursor do mouse e utilizar o assistente de voz do sistema operacional, entre outras opções de acessibilidade.

Embora existam teclados com contraste de cores nas teclas ou iluminação para auxiliar pessoas com baixa visão, recomenda-se aprender a digitar sem olhar para o teclado através do **método de datilografia**, utilizando-se os pontos de referência em relevo já existentes no teclado ou adicionando novos pontos com silicone ou material auto-adesivo, se necessário, enquanto a memória corporal dos dedos se desenvolve.



Plano de Ação para o Ensino

Feitas as adaptações razoáveis e configurado o equipamento, procede-se com a execução do plano de ação para o ensino do uso do computador. Para pessoas que nunca utilizaram esse recurso, o processo começa com o **reconhecimento espacial** das partes do computador e a forma de ligar e desligar.

Em seguida será necessário dedicar um tempo considerável ao uso do teclado, para que a pessoa reconheça espacialmente suas seções, identificando pontos de referência táteis (como explicado nos parágrafos anteriores) ou visuais (tamanho das teclas, luzes indicadoras etc.), conforme o caso, para aprender a digitar de forma técnica, já que este método lhe permitirá ter independência e eficiência na escrita e no uso de teclas especiais ou atalhos.

Se a condição visual permitir, incorpora-se o uso do mouse, devendo-se ampliar a tela e o cursor ou aplicar contraste, conforme a necessidade de cada participante.

Quando o participante já domina o teclado, inicia-se o domínio do sistema operacional ou pacotes de programas, de acordo com o estabelecido no plano de ação e com base nas decisões tomadas pelo(a) participante. É fundamental ensinar como modificar as opções das ferramentas de acessibilidade do sistema operacional para que a própria pessoa decida qual é a melhor adaptação para si.

Contudo, é fundamental que pessoas com baixa visão aprendam a utilizar o **leitores de telas** como complemento para seu desempenho, já que existem áreas da interface de pastas ou programas específicos que não podem ser ampliadas, tornando essa ferramenta imprescindível



Como já dito anteriormente, é necessário dispor de apostilas de trabalho adequadas, com as adaptações razoáveis de acordo com a necessidade e a condição visual de cada participante.

Considerando que a Informática evolui cada vez mais rapidamente, obrigando à atualização periódica, as pessoas que já concluíram seu processo de reabilitação podem, em algum momento, precisar atualizar-se. É mister oferecer pequenos cursos de atualização de um determinado pacote de software ou de uma nova versão específica de sistema operacional.

Independentemente da condição visual, deve-se sempre ensinar o manuseio geral do deslocamento e da navegação pelas diferentes partes da tela, a interface da área de trabalho do sistema operacional, a interface de uma janela de arquivos e, sempre que um novo programa for ensinado, deve-se ensinar como navegar em sua interface.

Além do aprendizado de sistemas operacionais e de pacotes de software, deve-se dar a conhecer o funcionamento dos diferentes periféricos convencionais e acessíveis, tais como Linhas Braille, Impressoras Braille, Scanners, Gravadores de som, Ampliadores, a conectividade entre dispositivos móveis e o computador, entre outros, considerando os benefícios que estes podem oferecer.

Deve-se instruir sobre a conectividade sem fio e física, por meio de adaptadores para dispositivos móveis, que permitem conectar periféricos como teclados, Linhas Braille, mouses, fones de ouvido, entre outros.



ESTRATÉGIAS PARA O TRABALHO:

- Ter apostilas impressas em fonte ampliada, Braille ou formato de áudio, para que a pessoa tenha independência ao realizar suas práticas.
- Instruir sobre a conectividade com fio e sem fio entre um dispositivo móvel e o computador, para obter o máximo proveito dos dispositivos aos quais se tem acesso no cotidiano, bem como compartilhar internet de um dispositivo para outro.
- Ensinar a funcionalidade da tecnologia OCR dos scanners em tinta.

Trabalhar com grupos de no máximo 3 ou 4 pessoas, para que o atendimento seja personalizado.

USO DO CELULAR

O celular não é apenas uma ferramenta de comunicação, mas também reúne outros aplicativos e/ou funções que auxiliam a pessoa em sua vida cotidiana, no trabalho ou nos estudos, permitindo o uso de um único dispositivo para realizar diferentes atividades ou tarefas. Por exemplo, fazer um cálculo matemático na calculadora, ouvir rádio, configurar um alarme ou um lembrete no calendário, realizar uma pesquisa na internet, inteirar-se sobre o clima ou saber a hora.

Os dispositivos atuais também permitem, por meio de determinados aplicativos, realizar compras online, orientar-se e saber a localização por meio do GPS, ouvir música e podcasts, realizar transferências bancárias, pagar serviços, interagir em redes sociais, ler um livro, entre outras possibilidades.

Portanto, a correta utilização do celular contribui para ampliar o acesso à informação e favorece a autonomia pessoal e a plena participação social.



OBJETIVO GERAL:

- Proporcionar ferramentas e técnicas que permitam o uso independente do celular como elemento de comunicação, para uso pessoal, estudo e/ou trabalho.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar de quais ajustes de acessibilidade o participante necessita, sendo uma pessoa com baixa visão ou cegueira.
- Traçar os interesses pessoais do participante.
- Configurar e ensinar a configurar de forma independente as ferramentas de acessibilidade próprias do celular.
- Conseguir que o participante possa explorar de maneira autônoma as telas e os elementos que as compõem.
- Apresentar aplicativos de acessibilidade que possam contribuir para as atividades cotidianas.

Quando uma pessoa com baixa visão ou cegueira inicia sua reabilitação e decide trabalhar na área de tecnologia para utilizar o celular, a primeira ação que o(a) profissional deve realizar é uma entrevista inicial (ver ANEXO I), a fim de conhecer a pessoa, o papel que desempenha ou desempenhava, seus gostos e interesses, idade, se mora sozinha e se já teve contato com dispositivos semelhantes.

Essa primeira entrevista é importante porque fornece dados relevantes para estabelecer objetivos claros, considerando o dispositivo que a pessoa possui ou, inclusive, para orientar sobre a aquisição de um dispositivo. Da mesma forma, permite começar a construir um vínculo ou um primeiro contato com o(a) participante. O trabalho nessa área é realizado de forma individual.



Se se tratar de uma pessoa com baixa visão, é fundamental avaliar a funcionalidade do resíduo visual: como enxerga (se o campo visual está afetado, se possui visão central ou periférica, a acuidade visual etc.), o que enxerga (se distingue cores, formas, letras), se sua forma de ver oscila/muda diariamente (um dia vê nítido e no outro embaçado), se há ofuscamento devido ao brilho ou ao fundo branco, e se utiliza algum auxílio óptico.

Por outro lado, deve-se considerar de que maneira a pessoa utiliza o celular, pois, no esforço de querer enxergar, pode tender a adotar posturas desconfortáveis e não ergonômicas, que geram dores, contraturas ou desconfortos musculares, aspectos que devem ser considerados na abordagem.

Dito isso, deve-se proceder à configuração do celular de acordo com o conforto do resíduo visual funcional da pessoa e com o tipo de dispositivo ou sistema operacional que ela possui. Em geral, o que pode ser modificado na maioria dos aparelhos são as opções de cor (tema escuro/claro), inversão de cores, contraste, tamanho e tipo de fonte, visualização da tela e ícones.

Se, por outro lado, tratar-se de uma pessoa cega, após a entrevista inicial deve-se apresentar a ferramenta de acessibilidade necessária para o uso do celular que, nesse caso, é o leitor de tela. É preciso explicar como funciona o leitor de tela, o que pode ser configurado e quais os sintetizadores de vozes disponíveis.

Atualmente, existem funções ou aplicativos de acessibilidade que permitem ampliar a tela, pronunciar ou ler algo que for selecionado, escrever ou realizar uma chamada por comando de voz, identificar uma cédula ou um texto por meio da câmera do telefone.

Considerando que há uma grande oferta de aplicativos e que estes podem mudar, desaparecer ou ser incompatíveis com alguns sistemas operacionais, não são mencionados neste manual. Mesmo



assim é necessário levá-los em conta, manter-se sempre atento(a) e atualizar-se constantemente, uma vez que são ferramentas de grande utilidade no cotidiano da pessoa com deficiência visual.

No que se refere à escrita, atualmente pode-se utilizar o ditado por voz, o teclado padrão do celular com anúncio da letra que é tocada, o teclado Braille ou um teclado físico por meio de conexão USB ou Bluetooth.

Uma vez que se começa a trabalhar os objetivos propostos, é necessário observar o estado/capacidade cognitiva do sujeito, pois o uso do celular exige que o participante ative a memória, a concentração, o raciocínio, entre outras funções executivas e cognitivas. Por outro lado, deve-se considerar a idade do participante, uma vez que a linguagem ou os termos utilizados podem ser desconhecidos; por isso, o profissional deve criar diferentes estratégias de abordagem.

Como se sabe, a tecnologia muda e avança constantemente; por esse motivo, no momento do encerramento pode-se oferecer ao participante a possibilidade de retomar o trabalho para realizar reajustes, caso venha a necessitar no futuro.

ESTRATÉGIAS DE TRABALHO VIRTUAL E A DISTÂNCIA

São muitos os motivos pelos quais uma pessoa precisa trabalhar de forma virtual, seja em contexto de pandemia, por alguma condição que a impeça de sair de casa, por não possuir meio de transporte ou por estar em uma região distante do serviço de reabilitação, entre outros. É importante ter um plano de ação alternativo nesses casos, buscando formas de transmitir o conhecimento, como a aprendizagem virtual a distância, que envolve uma instância virtual e, quando possível, outra presencial (B-learning ou ambientes híbridos), nos



quais a pessoa tenha a oportunidade de organizar seu tempo para aprender.

Para isso, há diversas ferramentas e técnicas de assistência virtual e a distância, utilizando como suporte softwares de assistência remota, apps com tutoriais em vídeo ou apps de comunicação nos quais seja possível compartilhar tutoriais em áudio ou vídeo.

A seguir, apresentam-se algumas estratégias para a aprendizagem virtual e a distância:

- Analisar a conectividade com fio e sem fio entre um dispositivo móvel, computador e periféricos, para obter o máximo proveito dos dispositivos aos quais a pessoa tem acesso.
- Implementar o uso de plataformas de videoconferência.
- Disponibilizar apostilas impressas em fonte ampliada, Braille ou em formato de áudio, para que a pessoa possa realizar práticas em sua casa ou local de trabalho.
- Conhecer sobre as linhas Braille: se a pessoa necessitar, realizar a instalação correspondente para que possa ler em Braille o conteúdo reproduzido na tela.
- Capacitar no uso das ferramentas de OCR presentes nos leitores de tela, para ler e converter em texto documentos em formato de imagem.
- Investigar se a pessoa está em uma rede local na qual seja possível utilizar aplicativos que permitam monitorar ou até mesmo formar sem estar no mesmo local físico.
- Instalar aplicativos seguros de assistência remota para oferecer tutorias ou acompanhamentos.
- Implementar o uso de tutoriais em áudio e vídeo que facilitem a aprendizagem em casa, em formatos acessíveis e fáceis de enviar por redes sociais ou plataformas digitais.



CONCLUSÕES E SUGESTÕES FINAIS

É importante que o(a) profissional ou técnico(a) reabilitador(a) trabalhe em conjunto com a família ou com o entorno significativo, para que estes possam atuar como suporte nos casos em que o(a) participante apresente alguma dificuldade.

É fundamental trabalhar com os familiares, para que compreendam que o computador e/ou celular, ou qualquer dispositivo tecnológico, é uma ferramenta de uso pessoal, entendendo que ninguém deve modificar a configuração estabelecida pelo(a) profissional ou técnico(a) reabilitador(a), em acordo com o(a) participante, nem desativar qualquer função e/ou modificar a localização de ícones ou programas. Alterações desse tipo podem gerar grandes prejuízos no uso autônomo do equipamento para as tarefas que se deseja realizar.

Por fim, é imprescindível destacar que há diferença entre o trabalho com uma/a participante jovem e com um/a participante adulto ou idoso na medida em que, no primeiro caso, deve-se buscar oferecer todas as ferramentas possíveis, enquanto, no segundo grupo etário, é necessário avaliar muito bem as necessidades e os interesses, a fim de focar no processo de ensino e não dispersar energias que podem ser utilizadas em outras áreas.

Se, na área de tecnologia, contarmos com profissionais ou técnicos reabilitadores que se atualizem permanentemente, que conheçam e promovam a capacidade de uso autônomo da tecnologia por parte das pessoas com deficiência visual, teremos como resultado participantes com bom domínio dos dispositivos e melhor aproveitamento da infinidade de aplicativos que surgem para o desenvolvimento de múltiplas funções e que favorecem o desempenho independente.



ANEXO I: ENTREVISTA INICIAL

Entrevista semiestruturada, que fornecerá dados pessoais do participante, permitirá iniciar um vínculo e trará informações sobre sua profissão e/ou ofício e/ou papéis que desempenha, quais atividades cotidianas realiza habitualmente, se tem ou já teve contato com dispositivos tecnológicos e quais são eles, se utiliza auxílios ópticos no caso de ser uma pessoa com baixa visão, bem como compreender como utiliza seu potencial visual. Não é obrigatório realizar as perguntas em ordem; trata-se de um guia para começar a conhecer a pessoa.

Nome e sobrenome:

condição visual: baixa visão (potencial visual): sim – não

Idade:

sabe ler e escrever? Em braille – em tinta

Ocupação Anterior:

Ocupação Atual:

Como é um dia da sua vida ou sua rotina? Mora sozinho(a)?

Já utilizou dispositivos tecnológicos? Quais?

De acordo com a resposta da pessoa, pergunta-se se utiliza celular, qual a marca e o modelo; se possui computador, qual versão do windows utiliza e se é um computador de mesa ou notebook/netbook.

Quais programas ou aplicativos conhece e utiliza?

No caso de ser uma pessoa com baixa visão, pergunta-se: quais são as dificuldades que identifica ao usar o celular ou o computador?

O que dificulta o uso do dispositivo?

Distingue cores e formas?

Distingue letras?

O brilho da tela ou o tipo de fundo/contraste incomodam?

Conhece as operações básicas?



Identifica direita/esquerda, frente/trás, grande/pequeno, em cima/embaixo, dentro/fora?

Conhece as partes do computador?

Sabe digitar?

Conhece as ferramentas/funções/configurações de acessibilidade?

Utiliza o dispositivo com algum auxílio óptico ou auxílio eletrônico?

Quais objetivos ou expectativas possui em relação à área?

O que gostaria de alcançar?

Disponibilidade de horários para frequentar o atendimento:



BIBLIOGRAFIA:

AJUDA DE ACESSIBILIDADE PARA ANDROID. *Informações gerais sobre a acessibilidade no android. Información general sobre la accesibilidad de Android - Ayuda de Accesibilidad de Android (google.com)*

Collado, S; Giménez, Juan A. ONCE. (2017). "Tiflotecnología". Recuperado de: [tiflotecnologia-para-deficit-visual-once-juan-antonio-gimenez-y-sonia-collado](#).

Lopera-Restrepo, G., Aguirre-Patrone, A., Parada-Ceballos, P. y Boquet Quiñones, J. (2010). "Manual técnico de servicios de rehabilitación integral para personas ciegas o con baja visión en América Latina".

ONCE. "Tiflotecnología, ¿qué es?". [Tiflotecnología, ¿qué es y dónde solicitarla? - Web ONCE](#)



CAPÍTULO 12. REABILITAÇÃO VISUAL.

Autores:

- **Aguirre, Teresa.** Educadora Especial – Especialista em Problemas da Visão, Chile.
- **Buitrago López, Néstor Raúl.** Terapeuta Ocupacional Certificado em Reabilitação Visual, Colômbia.
- **Castro, Claudia.** Professora Dra. Especializada em Oftalmologia, Argentina.
- **Leal Hernández, Brenda.** Técnica em Reabilitação de Pessoas com Deficiência Visual, México.
- **Manfredini, María del Carmen.** Graduada em Reabilitação Visual, Argentina.
- **Pereira, Susana Margarita.** Graduada em Reabilitação Visual, Argentina.



INTRODUÇÃO.

A reabilitação é concebida pela OMS como um conjunto de intervenções projetadas para otimizar as funcionalidades de pessoas que apresentam alguma condição de deficiência.

Diferentes organismos internacionais concordam que se trata de um processo contínuo e coordenado que compreende medidas voltadas a:

- Compensar a perda ou limitação de uma função para contribuir com a independência de cada pessoa, sua inclusão e participação plena (Organização das Nações Unidas).
- Reintegrar a pessoa à comunidade como membro produtivo (Organização Pan-Americana da Saúde).

Sem dúvida, esses conceitos gerais compreendem as intervenções específicas em matéria de reabilitação visual. Assim, a reabilitação visual pode ser considerada como o processo pelo qual, por meio de diferentes disciplinas, são oferecidas estratégias e recursos voltados a otimizar a visão disponível e a funcionalidade autônoma das pessoas com baixa visão.

Esse processo em particular envolve diferentes instâncias específicas determinadas pelas características visuais da patologia de origem e pelas condições subjetivas de cada pessoa.

Atualmente, os programas de reabilitação visual possuem uma abordagem integral da pessoa com baixa visão. Para sua implementação, devem ser consideradas não apenas as condições gerais de cada pessoa e suas possibilidades visuais, mas também a melhora funcional, seus interesses, o contexto sociocultural e a satisfação de cada uma delas.

O objetivo fundamental de todo programa de reabilitação visual é melhorar a qualidade de vida de uma pessoa com baixa visão, para



alcançar um desempenho pessoal, social e profissional satisfatório. O alcance desse objetivo geral pressupõe uma série de objetivos específicos:

- Reconhecer a própria condição visual, com suas possibilidades e limitações.
- Incorporar aprendizagens visuais para o aproveitamento da visão disponível em distâncias curtas e distâncias longas.
- Compreender quais são os recursos mais adequados para alcançar maior autonomia na vida diária.
- Adquirir habilidade suficiente no manuseio, execução e uso desses recursos e instrumentos.
- Implementar tudo o que foi adquirido na vida cotidiana, facilitando a máxima participação possível.

Com base no exposto até aqui, podem-se considerar instâncias de reabilitação em sentido amplo e em sentido estrito.

A instância denominada reabilitação visual em sentido estrito refere-se especificamente ao treinamento da visão disponível, ou seja, ações centradas na sensorialidade, exercícios e atividades visuais que desenvolvam a máxima eficiência visual. Por exemplo, quando são realizados determinados aprendizados para conscientizar sobre a real visão disponível, ou quando se realizam exercícios pontuais descobrindo novas zonas de fixação (ver adiante), ou ainda quando se realiza o treinamento com um dispositivo óptico específico ou se opta por um auxílio tecnológico.

Por outro lado, a instância denominada reabilitação visual em sentido amplo supõe a superação da instância anterior, pois a contém. Ou seja, refere-se à possibilidade de estender esses aprendizados procedimentais e instrumentais aos âmbitos acadêmico, profissional e social de forma cotidiana.



A primeira diz respeito ao trabalho concreto do(a) reabilitador(a) visual, enquanto a segunda, além de sua participação, pode envolver também outras disciplinas e outros profissionais. Isso ocorre quando a área de Reabilitação Visual faz parte da oferta de um centro ou serviço de reabilitação, mas depende, em grande parte, de como os serviços de baixa visão estão organizados e desenvolvidos nas diferentes regiões da América Latina.

Definida a reabilitação visual, neste capítulo serão apresentadas informações sobre as patologias que geram baixa visão, bem como serão identificados os grupos funcionais, de acordo com as diferentes formas de enxergar, e estratégias de abordagem para cada um desses grupos.

CONCEITOS BÁSICOS E DEFINIÇÕES.

Antes de iniciar uma instância de reabilitação, os(as) profissionais ou técnicos reabilitadores devem conhecer conceitos oftalmológicos básicos, pois estes constituem as variáveis-chave em cada processo de reabilitação visual.

ACUIDADE VISUAL (AV).

É a capacidade do sistema visual de reconhecer a menor imagem a uma determinada distância.

Constitui um exame obrigatório, que fornece informação global sobre a funcionalidade do sistema visual.

Como é avaliada? Por meio de tabelas com optótipos a uma distância pré-estabelecida.

Os optótipos são sinais, letras, números ou desenhos de tamanhos decrescentes, que devem ser reconhecidos a uma determinada distância.

No continente americano utiliza-se a tabela imperial. No Brasil utilizam-se ambas, dependendo do contexto.

Há também uma tabela de progressão logarítmica (logMAR = logarithm of the Minimum Angle of Resolution = logaritmo do ângulo mínimo de resolução).

A acuidade visual é expressa como uma fração: o número superior refere-se à distância da tabela, que geralmente é de 20 pés (6 m). O número inferior indica a distância da qual uma pessoa com visão normal poderia lê-la corretamente.

As escalas mais utilizadas são a decimal e a imperial. Dessa forma, uma AV na escala imperial de 20/20 é o mesmo que 10/10 na escala decimal, correspondendo à visão ótima.

Equivalencias:

En Gran Bretaña se utiliza la cartilla métrica (6/6).

En algunos países Europeos, en Japón y en Argentina se utiliza la escala decimal.

En EEUU se utiliza la cartilla imperial (20 pies).

La agudeza visual se expresa como una fracción: el número superior se refiere a la distancia al cartel

El número inferior indica la distancia a la que una persona con vista normal podría leer la misma correctamente.

También hay una cartilla de progresión logarítmica (logMAR = logarithm of the Minimum Angle of Resolution = logaritmo del ángulo mínimo de resolución)

Métrica	Imperial	Decimal	logMAR	
6/6	20/20	1.0	10/10	0.0
6/8	20/25	0.8	8/10	0.1
6/9	20/30	0.6	6/10	0.2
6/12	20/40	0.5	5/10	0.3
6/15	20/50	0.4	4/10	0.4
6/18	20/60	0.3	3/10	0.5
6/24	20/80	0.25		0.6
6/30	20/100	0.2	2/10	0.7
6/60	20/200	0.1	1/10	1.0

Gráfico. Tabela de equivalências nos diferentes sistemas métricos.

CAMPO VISUAL (CV).

O campo visual é a porção do espaço que o olho é capaz de ver em posição estática.

O exame do campo visual é realizado com os olhos separadamente, utilizando um campímetro. Esse estudo complementar permite determinar os limites visuais de cada olho. Um campo visual normal se estende a 50° na região superior, 70° na inferior, 60° na região nasal e 90° a 100° na região temporal (Fig. E). A retina esquerda recebe o campo visual direito; a retina direita recebe o campo visual esquerdo. A retina superior recebe o campo visual inferior, e a retina inferior recebe o campo visual superior.



Figura E. Imagem da extensão do campo visual normal de cada olho.

O campo visual é avaliado em cada olho separadamente, e seus defeitos são os seguintes:

Escotoma: área de déficit visual rodeada por CV normal. Pode ser relativo (diminuição da sensibilidade em uma área) ou absoluto (área completamente cega).

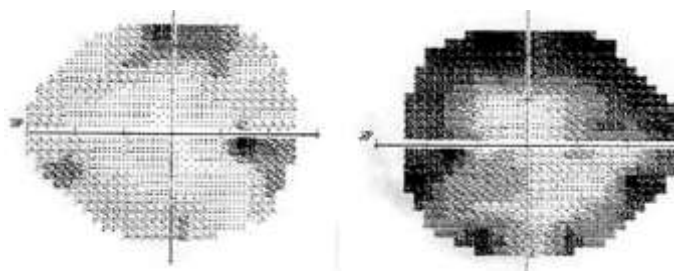


Figura F: Imagem de um Campo Visual Computado do olho direito e do olho esquerdo, com escotomas relativos (cinza claro) e escotomas absolutos (preto).

Hemianopsia: anomalia da metade de ambos os CVs.

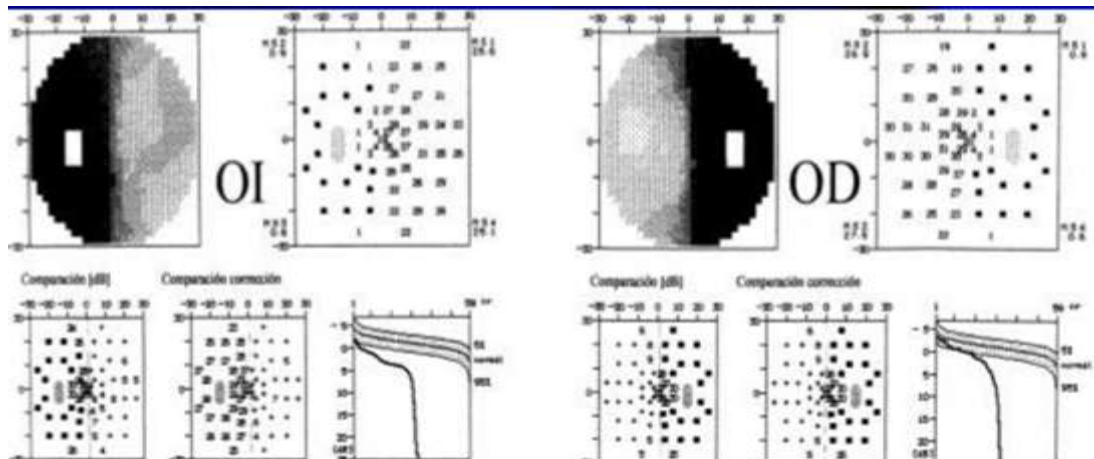


Figura G: Imagem de um campo visual computado com uma hemianopsia; a área em preto representa a perda de visão nesse setor do campo visual.

Quadrantanopsia: perda de um quadrante em cada CV.

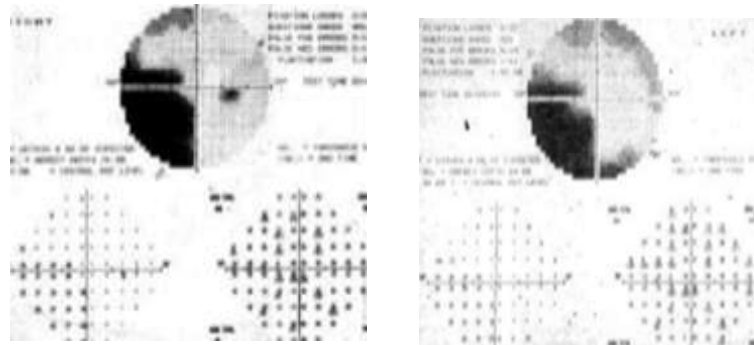


Figura H: Imagem de um campo visual computado com uma quadrantanopsia.

Defeito altitudinal: defeito da metade superior ou inferior de um único campo visual.

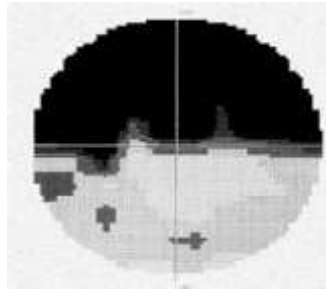


Figura I: Exemplo de um defeito altitudinal do CV.

BAIXA VISÃO.

Uma vez explicados os conceitos básicos de AV e CV, podemos abordar a definição de baixa visão:

Segundo a Organização Mundial da Saúde, uma pessoa com baixa visão é aquela que apresenta um impedimento na função visual, mesmo após tratamento ou correção refrativa, com acuidade visual em seu melhor olho de 3/10 ou campo visual menor que 10°, mas que utiliza ou é potencialmente capaz de utilizar a visão para a execução de uma tarefa.

VISÃO BAIXA.

Ao longo deste capítulo, foi introduzida deliberadamente a terminologia “visão baixa” como sinônimo de baixa visão, considerando a perspectiva positiva desse termo.

Cabe destacar que essa expressão surge de movimentos de pessoas com deficiência visual, que defendem a participação plena nas decisões que lhes dizem respeito. A concepção “Nada sobre nós sem nós”, originada de ativistas sul-africanos pelos direitos das pessoas com deficiência nos anos 1990, ganha força na Europa no início dos anos 2000, dando lugar, entre outros movimentos e mudanças de perspectiva, à expressão Visão Baixa.

O propósito de intercalar essa terminologia é transmitir a filosofia de respeito à autodeterminação, no marco dos novos paradigmas de



intervenção, para então desenhar o melhor programa de reabilitação visual para essa pessoa, e não para outra.

PATOLOGIAS ASSOCIADAS À BAIXA VISÃO.

Degeneração macular relacionada à idade (DMRI): ocorre quando uma parte da retina chamada mácula é danificada.

Há dois tipos de DMRI:

⇒ **DMRI seca**

Esse tipo de degeneração macular é muito comum. Aproximadamente 80% das pessoas com DMRI apresentam a forma seca. Ocorre quando algumas partes da mácula se tornam mais finas com a idade, causando o acúmulo de proteínas chamadas drusas. Isso provoca a perda lenta da visão central.

⇒ **DMRI úmida**

Esse tipo é menos comum, porém mais grave. A DMRI úmida ocorre quando crescem vasos sanguíneos anormais sob a retina. Esses vasos podem vaziar sangue ou outros fluidos, provocando cicatrizes na mácula. A perda visual ocorre mais rapidamente do que na DMRI seca.

Têm maior probabilidade de desenvolver DMRI as pessoas que:

- consomem dieta rica em gorduras saturadas (presentes em alimentos como carne, manteiga e queijo);
- têm sobrepeso;
- são fumantes;
- têm mais de 50 anos;
- apresentam hipertensão arterial;
- têm antecedentes familiares de DMRI;
- possuem doença cardíaca;
- apresentam níveis elevados de colesterol;
- pessoas de raça branca.



Buraco Macular: ocorre quando se forma uma abertura circular na mácula. À medida que o buraco se forma, as imagens na visão central tornam-se borradas, onduladas ou distorcidas. Conforme o buraco aumenta de tamanho, surge um ponto escuro ou cego na visão central.

Toxoplasmose Ocular: a toxoplasmose no olho produz uma infecção ao nível da retina que, em alguns casos, compromete severamente a visão. Seu agente etiológico é um parasita chamado *Toxoplasma gondii*.

Divide-se em dois tipos: toxoplasmose adquirida e congênita.

⇒ **Toxoplasmose adquirida**

É necessário ingerir o parasita (permitir sua entrada no organismo) para ocorrer a infecção. Isso pode acontecer das seguintes formas:

Pode-se infectar com *T. gondii* ao consumir carne crua ou malpassada que contenha o parasita. A água, frutas e verduras não lavadas e produtos lácteos crus ou não pasteurizados também podem estar contaminados.

O parasita pode entrar no corpo ao se tocar a boca após limpar a caixa de areia do gato que contenha fezes infectadas. Também pode ser adquirido por transfusão sanguínea ou transplante de órgão. Não se contrai toxoplasmose de um adulto ou criança que já esteja infectado.

⇒ **Toxoplasmose congênita**

Ocorre quando a toxoplasmose é transmitida de uma mãe infectada para o seu bebê durante a gestação. Se a mãe contrair toxoplasmose pouco antes ou durante a gravidez, poderá transmiti-la ao bebê.

Maculopatia miópica: é um distúrbio macular que ocorre em miopias severas como resultado do alongamento progressivo do globo



ocular. Isso gera afinamento das paredes do globo ocular e da retina, produzindo uma ruptura da mácula. A maculopatia miópica é uma das principais causas de perda visual em míopes severos.

Retinopatia diabética: pessoas com diabetes podem desenvolver uma doença ocular chamada retinopatia diabética. Essa doença ocorre porque níveis elevados de açúcar no sangue causam danos aos vasos sanguíneos da retina. Esses vasos podem inchar e apresentar vazamento de líquido, ou ainda se fechar, impedindo o fluxo sanguíneo. Em alguns casos, formam-se novos vasos sanguíneos anormais na retina. Todas essas alterações podem levar à perda da visão.

Do ponto de vista oftalmológico, a retinopatia diabética é classificada em graus conforme sua gravidade, e esses graus definem o tipo de tratamento a ser implementado. O comprometimento macular da doença é denominado **maculopatia diabética**.

Maculopatia diabética: define-se como alterações estruturais e funcionais presentes na área macular, secundárias à microangiopatia diabética, podendo ocorrer isoladamente ou associadas a qualquer forma de retinopatia diabética.

Descolamento de retina (DR): é a separação da retina dos tecidos subjacentes.

O tipo mais comum de descolamento de retina ocorre devido a uma ruptura ou perfuração na retina, através da qual os fluidos intraoculares se infiltram, causando a separação da retina dos tecidos subjacentes.

Outro tipo de descolamento de retina é o descolamento por tração, que ocorre em pessoas com diabetes não controlada ou em pacientes com histórico de cirurgia de retina. O DR também pode ocorrer como consequência de trauma, DMRI, tumores oculares ou doenças inflamatórias.



Quando o DR compromete a mácula, a visão é gravemente afetada. O DR é uma emergência médica e deve ser tratado prontamente.

Retinose pigmentar (RP): pessoas com RP perdem a visão lentamente ao longo do tempo; entretanto, em geral, não se tornam totalmente cegas.

A RP é uma condição genética, o que significa que pode ser transmitida de pais para filhos. O tipo e a velocidade da perda visual variam de pessoa para pessoa. A RP apresenta muitas variantes e diferentes tipos de hereditariedade.

Os sintomas mais frequentes incluem perda da visão noturna, diminuição gradual da AV periférica e, em alguns casos, comprometimento da visão central.

Glaucoma: é uma doença que danifica o nervo óptico, geralmente causada pelo acúmulo de fluido (humor aquoso) na parte anterior do olho. O excesso de fluido aumenta a pressão no olho e danifica o nervo óptico.

O olho produz humor aquoso constantemente; à medida que novo humor aquoso é produzido, a mesma quantidade deve ser drenada. Esse fluido é drenado por uma área chamada ângulo de drenagem. Esse processo mantém estável a pressão no olho (denominada pressão intraocular). Entretanto, quando o ângulo de drenagem não funciona adequadamente, o fluido se acumula, a pressão interna do olho aumenta e o nervo óptico é danificado.

O nervo óptico é composto por mais de um milhão de fibras nervosas. Quando essas fibras são danificadas pela pressão ocular, surgem pontos cegos na visão.

No glaucoma, a deterioração do CV é inicialmente periférica; com a progressão da doença, observa-se grande deterioração da visão



periférica, restando um remanescente visual central no CV. Se todas as fibras morrerem, a perda visual é iminente.

O dano causado pelo glaucoma é permanente e não pode ser revertido; contudo, pode ser interrompido por meio de medicamentos e cirurgia.

COMPROMETIMENTO CORNEANO: LEUCOMAS, DEGENERAÇÕES E DISTROFIAS

Leucomas: trata-se de uma condição que ocorre quando determinados fatores provocam a opacificação da córnea, causando diminuição da acuidade visual.

Os fatores de risco estão associados a traumatismos, feridas, cicatrizes, infecções (causadas por vírus, bactérias, fungos e parasitas), úlceras corneanas e queimaduras.

Quando o leucoma corneano é leve, pode haver discreta redução da acuidade visual; porém, à medida que a córnea perde transparência, pode ocorrer perda visual significativa, chegando ao ponto em que a pessoa afetada percebe apenas clarões de luz e vultos.

O leucoma corneano é um dano irreversível e seu tratamento é exclusivamente cirúrgico, por meio de transplante de córnea.

Degenerações corneanas: resultam do envelhecimento ou de agressões externas; portanto, são adquiridas, não hereditárias, podem ser uni ou bilaterais e assimétricas, não são progressivas e comprometem mais de uma camada da córnea. Geralmente ocorrem em adultos.

Distrofias corneanas: são distúrbios hereditários com características clínicas e patológicas específicas; são bilaterais, geralmente simétricas e centrais, progridem lentamente e ocorrem com maior frequência em jovens.



Tanto as degenerações quanto as distrofias corneanas podem causar redução severa da acuidade visual.

Cataratas: no interior dos olhos existe uma lente natural chamada cristalino, responsável por desviar os raios de luz que entram no olho para possibilitar a visão; para isso, essa lente deve ser transparente.

A catarata ocorre quando o cristalino natural se torna opaco, devido a um desordenamento das proteínas da lente, resultando em visão borrada.

A causa mais comum da catarata é o envelhecimento; contudo, existem outros tipos, como catarata congênita, traumática, metabólica (diabetes) e aquela associada ao uso prolongado de alguns medicamentos, como corticoides.

Quando a visão não melhora com óculos prescritos, o único tratamento eficaz é a cirurgia. Embora uma alta porcentagem de pessoas operadas recupere a visão, há situações em que isso não ocorre ou em que não há indicação cirúrgica.

Atrofia óptica: é uma condição que afeta o nervo óptico. O nervo óptico é composto por fibras nervosas que transmitem impulsos ao cérebro. Na atrofia óptica, algo interfere na capacidade do nervo óptico de transmitir esses impulsos.

Diversos fatores podem levar à atrofia óptica, como glaucoma, infarto do nervo óptico (neuropatia óptica isquêmica anterior), tumores que comprimem o nervo óptico, neurite óptica (inflamação do nervo óptico), doenças hereditárias, entre outros.

Albinismo: é uma condição hereditária. Pessoas com albinismo apresentam quantidade reduzida ou ausência de pigmentos nos olhos, cabelos e pele.

Existem dois tipos básicos de albinismo, e ambos causam problemas visuais, incluindo baixa visão:



⇒ **Albinismo oculocutâneo:** as pessoas têm menor quantidade de pigmentos nos olhos, cabelos e pele.

⇒ **Albinismo ocular:** afeta principalmente os olhos; a pele e os cabelos apresentam coloração normal ou quase normal.

Do ponto de vista oftalmológico, o paciente albino apresenta:

- Nistagmo: movimentos rápidos e involuntários dos olhos;
- Hipoplasia foveal, causada pelo desenvolvimento anormal dos fotorreceptores. O comprometimento foveal é responsável pela alteração da fixação e redução da AV central;
- Sensibilidade à luz (fotofobia);
- Hipopigmentação do fundo de olho;
- Íris translúcida;
- Estrabismo;
- Erros de refração (hipermetropia).

O tratamento envolve a proteção da pele e dos olhos contra o sol, com uso de óculos com lentes filtrantes para proteção contra a radiação UV e para redução da fotofobia.

GRUPOS FUNCIONAIS

Krister Inde e Orjan Backman (1998), pioneiros no campo da baixa visão, propuseram que diferentes doenças oculares podem ser agrupadas de acordo com a similaridade dos sintomas, ainda que não tenham relação clínica direta. Assim, criaram os chamados **grupos funcionais de baixa visão**, com o objetivo de identificar pontos em comum e facilitar o treinamento a partir dessa classificação. A classificação em grupos funcionais é útil para a abordagem a cada paciente; cabe destacar que, em alguns casos, as patologias não são exclusivas de um único grupo funcional, podendo compartilhar características de dois ou mais grupos.



GRUPO: ALTERAÇÃO CENTRAL DO CAMPO VISUAL

São pessoas que não conseguem utilizar a mácula. A mácula é a região central da retina, localizada na parte posterior do olho, responsável pela visão de detalhes devido à sua elevada densidade de cones.

As patologias mais frequentes desse grupo funcional são:

- Degeneração macular relacionada à idade (DMRI);
- Buraco macular;
- Toxoplasmose ocular;
- Maculopatia miópica;
- Maculopatia diabética;
- Albinismo.

GRUPO: REDUÇÃO PERIFÉRICA DO CAMPO VISUAL

Essas pessoas não conseguem utilizar a periferia da retina, mas preservam a visão central.

As patologias mais frequentes que integram esse grupo funcional são:

- Glaucoma;
- Retinose pigmentar;
- Patologias retinianas (incluindo obstruções vasculares, descolamento de retina, doenças infecciosas ou inflamatórias e tumores);
- Lesões vasculares, incluindo ampla gama de patologias que afetam os vasos sanguíneos na forma isquêmica ou hemorrágica. Existem doenças sistêmicas que comprometem os vasos da retina, como doenças reumáticas, hipertensão arterial e diabetes, entre outras.



GRUPO: HEMIANOPSIAS

Pessoas cuja metade do campo visual é afetada, devido a comprometimentos no quiasma óptico ou no lobo occipital. As patologias mais frequentes que integram este grupo funcional são as seguintes:

- Comprometimento neurológico: TCE (traumatismo cranioencefálico), AVC (acidente vascular cerebral), tumores;
- atrofia óptica;
- Neuropatia óptica.

GRUPO: ALTERAÇÕES NÃO EXCLUSIVAS DO CAMPO VISUAL

Inclui pessoas com diferentes condições que causam baixa visão, sem caracterização principal por alterações do campo visual.

Pode resultar de danos na córnea, cristalino, nervo óptico, vítreo e/ou retina.

As patologias mais frequentes que integram este grupo funcional são as seguintes:

- Cataratas;
- Leucomas;
- Distrofias e degenerações corneanas;
- Descolamento de retina;
- Sequelas de infecções.

GRUPO: ALTERAÇÕES DA MOTILIDADE

Inclui pessoas com os movimentos oculares afetados. As patologias mais frequentes que integram este grupo funcional são:

- Nistagmo: movimentos involuntários dos olhos;



- Movimentos oculares anômalos associados a patologias congênitas ou de origem neurológica.

GRUPO: ALTERAÇÕES VISUAIS DE ORIGEM CEREBRAL

Nesses casos, os olhos podem ser perfeitamente normais, porém, conforme a área afetada do cérebro, terá características diferentes, específicas do local e extensão da lesão.

As causas que produzem tais lesões cerebrais são as seguintes:

- Isquemia ou hemorragia cerebral;
- Lesões cerebrais como consequência de traumatismos;
- Lesões cerebrais como consequência de tumores;
- Prematuridade;
- Anomalias congênitas;
- Infecções (meningite, encefalite).

PERFIL DA PESSOA COM BAIXA VISÃO

Não existe um perfil único da pessoa com baixa visão, pois múltiplos fatores influenciam sua caracterização, como o tipo de patologia, o tempo de aparecimento, o perfil psicológico, a idade e a situação familiar. Além disso, existem outras variáveis presentes a serem consideradas, como o nível de escolaridade, a condição socioeconômica e a concomitância com outras patologias ou limitações associadas.

Conforme o tipo e a gravidade da patologia, diferentes aspectos da funcionalidade podem ser comprometidos e limitados, como a mobilidade (em patologias que afetam o campo visual periférico) ou a leitura, escrita e atividades manuais (em patologias que afetam a visão central).



A condição de visão baixa é diversa, pouco precisa e frequentemente flutuante; em alguns casos, pode ser progressiva.

Essa condição complexa, situada entre o ver e o não ver, difícil de delimitar e definir em seus alcances, tem implicações tanto para a pessoa que a vive quanto para o contexto ao qual pertence.

Essa indefinição frequentemente representa, ainda, um obstáculo na vida social, pois as pessoas ao redor desconhecem essa condição perceptiva, operam com suposições, e a própria pessoa muitas vezes não sabe ou não consegue explicar sua condição real.

Com frequência, antes dos processos de reabilitação, a pessoa com visão baixa esforça-se para demonstrar que enxerga mais do que realmente consegue, negando sua dificuldade visual. Isso gera maior confusão ao redor e, por vezes, leva à suposição de um nível visual irreal.

O momento da vida em que a visão baixa se manifesta é um fator determinante que caracterizará a situação subjetiva, as necessidades e as demandas. Por exemplo, um(a) jovem pode apresentar resistência ao uso de recursos como óculos especiais ou bengala, por receio de diferenciação em relação ao grupo de pares; já um(a) adulto(a), em plena fase produtiva, perceberá prejudicada sua atividade profissional.

No caso de pessoas idosas, é fundamental compreender o impacto da visão baixa em suas vidas. Nessa etapa, é comum a presença de certo grau de depressão, decorrente da perda de funções e autonomia em geral, em um período em que há maior disponibilidade de tempo livre, mas dificuldade de usufruí-lo devido às limitações para ler, assistir à televisão, participar de jogos de mesa e/ou atividades recreativas.

Em situações de perda visual súbita, a pessoa é surpreendida pela condição, predominando sentimentos de vulnerabilidade, insegurança, confusão, desintegração, raiva e/ou frustração. O



indivíduo não se reconhece nessa nova situação e não confia em suas próprias possibilidades. A perda da condição visual anterior geralmente acarreta tristeza e dúvidas em relação à vida futura.

A visão é um sentido totalizador; portanto, nenhuma área da vida ou atividade escapará ao seu uso, e todas as dimensões serão afetadas de alguma forma.

A nova situação sensorial gera diferentes mudanças, tanto na percepção pessoal de si mesmo(a), ao ver modificadas as habilidades que desempenhava até então, quanto na avaliação dos outros em relação à pessoa afetada. Isso, por sua vez, pode impactar os níveis de autoestima, estreitamente relacionados à possibilidade de enxergar.

Em geral, a maioria das pessoas chega ao momento da reabilitação atravessando um processo de luto diante da perda, ao qual se soma um estado de desorganização geral. A vida cotidiana e os afazeres, dos mais simples aos mais complexos, ficam desestruturados. Desconhecem sua real condição funcional, o que podem fazer e o que precisarão reaprender. Às vezes, possuem fantasias pouco precisas de recuperação visual com o uso de elementos ópticos e/ou tecnológicos.

O ambiente familiar constitui um fator muito influente, oscilando frequentemente entre posições extremas de superproteção ou de negação.

Diante do diagnóstico, é muito comum que as pessoas e suas famílias iniciem um percurso por diferentes profissionais da saúde ou curandeiros em busca de soluções mágicas ou milagrosas. Paralelamente, as possibilidades atuais de acesso à informação livre via internet, realizadas de forma indiscriminada e sem critério acadêmico, podem obstruir a compreensão e a aceitação da situação, assim como o conhecimento das possibilidades de uma abordagem pertinente.



Nos casos de situações limitantes que evoluíram paulatinamente, costuma-se observar que justamente o tempo oferece à pessoa a possibilidade de ir se ajustando progressivamente, de ir elaborando estratégias básicas de adaptação e compensação para sustentar, em parte, sua independência.

Considerando que a visão é o sentido que intervém na maioria das atividades que envolvem a autonomia, as alterações visuais podem comprometê-la seriamente.

Isso se evidencia, por exemplo, em dificuldades para deslocar-se em vias públicas, utilizar meios de transporte; realizar atividades da vida diária como cozinhar, costurar, utilizar o telefone celular; e atividades de comunicação como ler, usar o computador, realizar operações bancárias.

Outra área que costuma ser afetada é a área física. A pessoa compensa a diminuição visual reajustando, frequentemente de modo inadequado, posturas e forma de andar. É comum observar alterações nos deslocamentos, movimentos desajeitados, falta de coordenação e posturas rígidas.

Uma variável de impacto em situações de visão baixa são as chamadas pistas ambientais, que podem favorecer ou não as percepções. De acordo com o diagnóstico, a situação funcional pode ser modificada positiva ou negativamente conforme o uso dessas pistas. São exemplos os tipos de iluminação, as distâncias, os contrastes, os ambientes, os tamanhos, entre outros.

FUNÇÕES DO REABILITADOR VISUAL

Os serviços de reabilitação visual pressupõem um atendimento integral da pessoa com baixa visão, a cargo de uma equipe interdisciplinar com conhecimentos especializados na área, domínio de equipamentos técnicos específicos e enfoque clínico, aportado pelo(a)



oftalmologista, pelo(a) óptico, pelo(a) psicólogo, pelo(a) assistente social e pelo(a) reabilitador visual.

O programa a ser desenvolvido baseia-se em conhecimentos interdisciplinares e a intervenção é centrada na pessoa, em suas necessidades e desejos. Consideram-se diferentes variáveis que incidem no resultado do processo de reabilitação, entre elas, por exemplo: tipo de patologia, características da personalidade do sujeito a ser reabilitado, tipos de auxílios ópticos e não ópticos prescritos, características sociofamiliares etc.

O(a) profissional ou técnico que desempenha o papel de reabilitador(a) visual é quem entrelaça os distintos saberes necessários no momento de reabilitar.

Em um primeiro momento, o(a) reabilitador visual sabe que deverá acompanhar uma pessoa que atravessa uma situação particular e complexa, porque não enxerga bem, durante o período que o processo de busca de sua máxima autonomia possível exigir.

Conhecer as características subjetivas de cada participante, sua patologia e grupo funcional, descritos anteriormente, representa o ingrediente central da reabilitação, e grande parte do sucesso do programa que esta área oferece depende de sua plena consideração.

É de vital importância iniciar e sustentar o processo de reabilitação centrado na potencialidade, isto é, afastar a pessoa com baixa visão do lugar da falta ou carência pela perda, tanto da visão quanto das consequências que costumam ocorrer na vida em geral diante de uma redução considerável da visão.

Assim, para cada processo de reabilitação, é fundamental que o(a) reabilitador(a) visual trabalhe a partir de uma escuta atenta e treinada, que lhe permita reconhecer a pessoa com baixa visão em sua situação clínica e subjetiva e, paralelamente, captar sua demanda



particular e a forma de promover nela condutas futuras que a habilitem nas diferentes áreas de sua vida.

Outra função-chave do reabilitador visual é traduzir o diagnóstico oftalmológico e trabalhar, em conjunto com o participante, sua apropriação e as novas possibilidades por parte deste.

Dessa forma, facilita-se a descoberta dos novos alcances da acuidade visual, com e sem auxílios, ou em diferentes condições de iluminação. O mesmo se aplica às situações de recortes de campo, às diferenças de visão entre cada olho, ao tempo mais lento tanto para a fixação quanto para a adaptação às mudanças de luz e sombra etc. Em suma, o(a) reabilitador(a) visual contribui para a compreensão fática de como se vê e de como isso pode flutuar em algumas condições.

A partir dessa instância, podem ser apresentadas estratégias que favoreçam a visão e as habilidades consequentes.

Nesse ponto, é muito importante que o(a) reabilitador(a) visual possa ensinar as estratégias necessárias para otimizar a visão disponível segundo as características funcionais de cada pessoa. Por exemplo, ensinar como localizar um novo ponto de fixação ou locus retiniano preferencial no caso de maculopatias, ou como realizar rastreamentos eficientes em casos de redução do campo visual.

Durante esse período, demarcam-se os limites reais inerentes à condição visual. Assim, pode-se introduzir o treinamento para o uso de auxílios ópticos e/ou eletrônicos e, quando for o caso, articular complementarmente com outras técnicas compensatórias ao uso da visão para maior eficiência na realização de uma atividade. Por exemplo: uso da bengala de segurança, uso de leitor de tela para documentos extensos, incorporação da escuta para a travessia segura de ruas etc.

Ou seja, o(a) reabilitador(a) visual deverá trabalhar de maneira interdisciplinar com outros profissionais ou técnicos reabilitadores.



Pode-se sintetizar que, basicamente, as funções do reabilitador visual consistem em:

- Avaliar funcionalmente a visão.
- Atuar de forma conjunta na compreensão da situação visual por parte da pessoa com visão baixa.
- Ensinar o uso conveniente e eficiente da visão disponível segundo os grupos funcionais.
- Promover a adequação de recursos não ópticos e de condições ambientais.
- Apresentar e treinar o uso de diferentes auxílios ópticos, eletrônicos, informáticos especializados etc., conforme cada caso.
- Avaliar o uso dos auxílios e estratégias selecionados em situações reais.
- Colaborar com outros profissionais ou técnicos reabilitadores visando à máxima autonomia e participação da pessoa com baixa visão.

PLANO DE TRABALHO

Etapas 1: Caracterizar a pessoa com baixa visão

Esta etapa está orientada a:

- Reunir informações ou antecedentes médicos das áreas visual, psicológica e de outras disciplinas.
- Conhecer os objetivos e/ou metas pessoais aos quais se deve responder por meio do plano de intervenção.
- Conhecer as redes de apoio, tanto familiares quanto comunitárias, das quais o(a) participante dispõe.

Tudo isso reúne informações que permitem contextualizar as necessidades, prioridades e desejos da pessoa, conhecer seu



diagnóstico visual e, portanto, determinar o grupo funcional ao qual pertence. Por fim, conhecer sua situação psicoemocional e determinar o nível de aceitação de sua condição visual.

Etapa 2: Avaliação Funcional da Visão

O objetivo é identificar as necessidades visuais da pessoa com baixa visão, dar a conhecer o potencial da visão apresentada e selecionar os auxílios ópticos que lhe permitirão potencializar ao máximo o uso de sua funcionalidade visual, a partir da melhor correção visual possível, previamente determinada pelo oftalmologista.

Esta avaliação deve considerar:

- Avaliação da acuidade visual de perto e de longe.
- Avaliação da sensibilidade ao contraste.
- Avaliação da visão de cores.
- Avaliação do campo visual.

Após essas avaliações, o(a) profissional ou técnico reabilitador deve selecionar os auxílios ópticos necessários para potencializar a visão funcional da pessoa com baixa visão.

A seguir, apresentam-se alguns critérios de seleção de auxílios ópticos a serem considerados:

- Avaliação funcional da visão.
- Idade da pessoa com baixa visão.
- Projeção visual segundo a repercussão da patologia.
- Objetivos do sujeito.
- Contexto de uso dos auxílios ópticos (escola, trabalho, âmbito recreativo, atividades domésticas, entre outros).
- Condições físicas e/ou sensoriais apresentadas pela pessoa, complementares à condição visual.



Na entrevista inicial realizada pelo(a) reabilitador(a) visual, investigam-se os modos de utilização da visão por meio de um questionário e de um guia de observação (ver Anexo).

Um ponto importante a considerar é a escuta da demanda, o que supõe reconhecer que a reabilitação visual está centrada em um sujeito ativo; portanto, é imprescindível respeitar e fazer valer seu desejo. Será Essa demanda que guiará o processo.

Etapa 3: Programa de Treinamento Visual

O programa de treinamento visual consiste em uma seleção organizada de estratégias para desenvolver as habilidades e destrezas necessárias para potencializar o uso da visão funcional apresentada pela pessoa com baixa visão, por meio do treinamento das funções visuais, do uso adequado dos auxílios ópticos e não ópticos e do desenvolvimento das atividades cotidianas, conforme os objetivos estabelecidos no plano de intervenção elaborado de acordo com as necessidades da pessoa.

Para facilitar a seleção dessas estratégias, propõe-se considerar o grupo funcional ao qual a pessoa pertence e as características visuais de cada um deles:

GRUPO: ALTERAÇÃO CENTRAL DO CAMPO VISUAL

Em geral, são pessoas que não apresentam dificuldades para se orientar ou deslocar, pois utilizam a visão periférica, mas têm dificuldades na leitura e em todas as tarefas que requerem fixação, no reconhecimento de rostos e na visão de cores.

ESTRATÉGIAS DE TRABALHO:

Técnicas de Reabilitação Visual: com ou sem o uso do melhor auxílio óptico adaptado, realizam-se exercícios de treinamento da visão



excêntrica, dada a presença de um escotoma central. Por exemplo, desenhando um ponto ou sinal no centro de uma folha e, distribuídos ao redor, números ou letras: a partir da fixação central, realiza-se um “rastreamento” periférico das letras ou números, estabelecendo-se qual deles é melhor percebido; assim, pode-se estabelecer o “locus retiniano preferencial” ou melhor ponto de fixação excêntrica. A partir da identificação do novo ponto de fixação, realizam-se exercícios de fortalecimento deste, o que, por sua vez, permite realizar com maior facilidade tarefas como a leitura ou a localização de utensílios sobre uma mesa, entre outras.

Treinamento para o manuseio de Auxílios ópticos: com o uso do auxílio óptico prescrito, treina-se o participante no domínio desse melhor ponto de fixação excêntrica para a leitura, instruindo quanto à distância e direção visual, uso de movimentos compensatórios de cabeça ou movimentação do texto com a mão. Podem ser utilizados também auxílios não ópticos, como suportes de leitura, uso de papel não brilhante, fontes ou tipografias “limpas” como Sans Serif, Verdana ou Arial, com tamanho superior a 12 pontos (fonte ampliada); treinamento no uso de software ampliador e no uso de contrastes na tela.

Técnicas da Vida Diária: treinamento no uso de movimentos sacádicos, movimentos oculares ou compensatórios de cabeça que permitam localizar utensílios sobre a mesa. Distribuição estática do mobiliário em casa, com passagens livres de obstáculos para mobilidade segura. Organização e distribuição estática de elementos na geladeira ou no armário. Organização por cores e peças no guarda-roupa. Uso de contrastes em utensílios. Outros ajustes razoáveis, como iluminação geral mais adequada na residência, uso de luminárias de piso e de cabeça, entre outras, para iluminação direta, e auxílios não ópticos como suportes para tarefas de visão para perto. Instrução em



técnicas seguras de corte e cocção de alimentos (cortar do centro para fora, cabos das frigideiras voltados para dentro etc.).

Técnicas de Orientação e Mobilidade: este grupo funcional apresenta dificuldades como altos níveis de ofuscamento frente ao sol, dificuldade para passar de zonas de luz para sombra e vice-versa, inconvenientes para deslocar-se à noite ou em áreas pouco iluminadas. Para isso, implementam-se técnicas de uso ocasional da bengala, bem como o uso de lentes filtrantes e/ou viseiras.

GRUPO: REDUÇÃO PERIFÉRICA DO CAMPO VISUAL

Em geral, são pessoas que enxergam bem em sua visão central e veem a totalidade por partes, o que dificulta a velocidade de leitura. Têm dificuldades para se deslocar e para calcular distâncias e costumam apresentar diminuição da visão noturna.

Estratégias de trabalho:

Técnicas de Reabilitação Visual: é importante compreender o uso funcional do campo visual disponível, pois, embora este seja avaliado de forma monocular, na vida cotidiana a pessoa pode utilizar seu campo visual como um todo ou parcialmente e/ou alterná-lo, conforme sua condição oftalmológica. Uma vez definida essa instância particular, trabalha-se a utilização mais adequada dessa porção visual com movimentos compensatórios de cabeça, rastreamentos e localizações, tanto em visão para perto quanto para longe, conforme permita sua acuidade visual. Também é importante trabalhar o domínio do espaço, considerando os reajustes funcionais que a pessoa deve realizar.

Este grupo costuma apresentar ofuscamento em geral. Para tarefas de visão para perto, é fundamental a localização da iluminação, geralmente posterior, para mitigar o ofuscamento. Para atividades de leitura, podem ser utilizados tiposcópios que aumentam o contraste e



reduzem o ofuscamento; da mesma forma, podem ser utilizadas folhas de acetato amarelo, que aumentam o contraste de escritos com tinta clara.

Treinamento para o manuseio de Auxílios ópticos: a resolução óptica para os casos de restrição de campo visual em geral ainda é complexa, mais ainda nos casos descritos como visão tubular. No entanto, a tecnologia atual oferece lentes de realidade aumentada que vêm sendo aprimoradas e facilitando sua adaptação. Cabe destacar que esses recursos ópticos exigem muito treinamento para uso autônomo e que os resultados são promissores.

Técnicas da Vida Diária: orientação quanto a melhorias na iluminação, nos contrastes e na sinalização em áreas comuns como corredores, escadas, banheiros e cozinha. A experimentação e o uso de lentes filtrantes para controlar o ofuscamento são, em muitos casos, imprescindíveis. Organização adequada de elementos na geladeira, na cozinha, no armário e no trabalho, entre outros.

Técnicas de Orientação e Mobilidade: recomenda-se realizar uma avaliação que determine a necessidade de treinamento em orientação e mobilidade após a avaliação do campo visual funcional e o devido treinamento de rastreamentos, exploração e memória visual, interpretação do espaço e adequações de movimentos. Assim, pode-se oferecer e promover um deslocamento seguro, considerando a inclusão e o uso da bengala.

Também são de grande ajuda os sinais podotáteis (sinais táteis dispostos no solo para perceber informações por meio dos pés).

GRUPO: HEMIANOPSIAS E QUADRANTOPSIAS

As pessoas com hemianopsia apresentam dificuldades para o deslocamento e a leitura (início, continuidade, seguimento e velocidade leitora). Geralmente, pelo lado em que enxergam, veem muito bem.



Recorrem à compensação da área que não enxergam com movimentos de cabeça.

ESTRATÉGIAS DE TRABALHO:

Técnicas de Reabilitação Visual: diante dessas situações, assim como no grupo anterior, é prioritário compreender o uso funcional do campo visual. Uma vez que a pessoa toma consciência do campo visual afetado, procede-se ao treinamento, em um primeiro momento, do seguimento e rastreamento visual, promovendo simultaneamente as adaptações corporais que compensam o campo visual afetado. Oferecem-se estímulos visuais tanto em visão para perto — trabalhos de mesa, leitura de textos, escrita, localização de objetos etc. — quanto em visão para longe — rastreamentos e localizações em geral, sobretudo de obstáculos, diferentes tipos de deslocamentos, inclusive em espaços públicos e para pedestres, introdução de técnicas de mobilidade, entre outros.

Treinamento no manuseio de Auxílios ópticos: uma estratégia de abordagem é a adaptação de uma lente de Fresnel, que consiste em uma lâmina fina aderida à lente, com o objetivo de projetar os objetos para o campo visual não afetado. Uma vez instalada, realizam-se exercícios estimulando a busca de objetos por meio do movimento ocular, apresentados no setor do campo visual afetado. Em alguns casos, também podem ser testados sistemas de realidade aumentada.

Técnicas da Vida Diária: orientações sobre a organização e a localização espacial dos objetos no domicílio para facilitar as tarefas cotidianas. A incorporação de alto contraste e os ajustes de tamanho em diferentes espaços e tarefas são de grande ajuda para aumentar a eficiência nas tarefas e nos deslocamentos.



Técnicas de Orientação e Mobilidade: assim como no grupo anterior, é oportuno considerar a avaliação funcional que determine a necessidade de treinamento em orientação e mobilidade, trabalhando a consciência das áreas com falta de visão, a promoção de hábitos de movimentos de cabeça e exploração visual para incluir as áreas que ficam fora do campo de visão e o deslocamento seguro.

GRUPO: ALTERAÇÕES NÃO EXCLUSIVAS DO CAMPO

Estratégias de trabalho:

Técnicas de Reabilitação Visual: considerando as características visuais apresentadas pelas pessoas com alterações não exclusivas do campo — entre elas visão borrada, ofuscamento, alterações na sensibilidade ao contraste, dificuldade para ver detalhes, visão de objetos a curta distância, baixa velocidade de leitura — recomenda-se desenvolver treinamento no uso de:

- **Auxílios ópticos,** tais como lupas e/ou telescópios e auxílios eletrônicos, com ênfase na regulação da distância de trabalho e no aumento da velocidade de leitura.
- **Auxílios não ópticos:** incentivando o uso de suportes de leitura e escrita, alto contraste, tiposcópios, boa iluminação, auxiliares e marcas táteis conforme a necessidade.

Técnicas da Vida Diária: orientar quanto ao uso de uma organização adequada dos espaços físicos, incorporar alto contraste em portas, paredes e pisos.

Analisar a iluminação geral mais adequada, uso de cortinas translúcidas nas janelas para controlar a entrada de luz em casa ou no trabalho e dispor de ilhas de iluminação.



Para a alimentação, utilizar contraste nos utensílios e promover o uso de jogos americanos que permitam contrastar com os elementos colocados sobre eles.

Técnicas de Orientação e Mobilidade: é necessário trabalhar o aspecto espacial e, devido à característica comum de ofuscamento neste grupo, também experimentar e aprender as mudanças aparentes no espaço conforme a luminosidade do dia. Assim, o treinamento nesta área é imprescindível para um deslocamento autônomo e seguro, bem como o uso de lentes filtrantes e/ou viseiras, considerando os altos níveis de ofuscamento.

GRUPO: ALTERAÇÕES NA MOBILIDADE

Abarcaremos duas entidades mencionadas anteriormente, como o nistagmo e as patologias congênitas ou de origem neurológica que afetam os movimentos oculares.

Particularmente, as alterações da motilidade de origem neurológica podem estar acompanhadas de comprometimento motor sistêmico, cognitivo, entre outros; nesses casos, é fundamental o trabalho interdisciplinar e a avaliação das funcionalidades em geral da pessoa por uma equipe que determine as necessidades e prioridades de intervenção.

As pessoas desse grupo costumam apresentar dificuldades na fixação, na leitura e em tarefas de precisão, na visão de longe e, às vezes, visão dupla.

Nesses casos, deve-se trabalhar o posicionamento da cabeça. Nos nistagmos, é importante determinar a posição do olhar em que a oscilação é menor e, uma vez encontrada, chamada posição de bloqueio, treinar sua manutenção. Em geral, no caso de crianças, ao



longo do desenvolvimento o movimento vai se atenuando, o que permite que aprendam a bloqueá-lo.

É primordial otimizar a acuidade visual com lentes ou com auxílios ópticos. Em caso de diplopias, o uso de lentes prismáticas é uma indicação.

Na leitura, é de grande ajuda incorporar o uso de suportes para mitigar os movimentos involuntários do texto.

GRUPO DE ALTERAÇÕES VISUAIS DE ORIGEM CORTICAL

Descrevem-se aqui as alterações visuais de origem cortical adquiridas, secundárias a acidentes cerebrais, vasculares e/ou por traumatismos. Considerando que essas afecções podem impactar uma ou mais áreas cerebrais e/ou corticais, e não necessariamente implicar uma lesão do globo ocular, a acuidade visual pode ou não ser afetada. No entanto, em geral, as pessoas com essas patologias apresentam baixa acuidade visual, problemas de fixação e de atenção visual, o que dificulta atividades de concentração visual, assim como a realização de tarefas da vida diária.

ESTRATÉGIAS DE TRABALHO:

As estratégias de trabalho enunciadas são muito genéricas, considerando a variabilidade de situações neurológicas e visuais que essas pessoas podem apresentar.

Técnicas de Reabilitação Visual: Recomenda-se organizar programas de reaprendizagem das experiências visuais, que permitam tornar a pessoa consciente de suas dificuldades atuais (nos casos em que a pessoa puder compreender conscientemente).

As atividades a serem desenvolvidas dependem de quais funções ópticas e óptico-perceptivas foram afetadas; portanto, o diagnóstico



funcional é muito importante. Trabalham-se, entre outras, funções como:

- Discriminação de formas, figuras e cores.
- Percepção visual.
- Seguimento visual.
- Memória visual.

Com relação à apresentação de estímulos, recomenda-se identificar:

- **Preferência de campo visual**, iniciando pela apresentação de estímulos a partir do campo visual periférico em direção ao campo visual central.
- **Latência**, deve-se respeitar o tempo que a pessoa leva para responder visualmente aos estímulos.
- **Distância de trabalho**, é importante identificar a distância de trabalho mais adequada para visão de perto, intermediária e de longe, tanto para a apresentação de estímulos quanto para a realização de diferentes tarefas.
- **Dificuldade visual**, refere-se ao uso de menor e maior contraste visual; recomenda-se começar apresentando estímulos de alto contraste para que, à medida que o treinamento avance, seja possível aumentar a dificuldade e diminuir o uso de contrastes.

Para aquelas pessoas que possam retomar atividades como a leitura e a escrita, o treinamento deve considerar o material adequado quanto ao tamanho, tipo e cor dos caracteres, além de levar em conta o contraste de fundo.

Podem ser incorporados como auxílios não ópticos o uso de marcadores de diferentes cores, marca-textos, tiposcópios, cadernos adaptados, pautas de escrita, entre outros.



Técnicas para a Vida Diária: Oferecer orientações para facilitar a autonomia em seus afazeres cotidianos, entre eles incorporar contrastes em superfícies e utensílios do lar, pauta para assinatura, melhorar a iluminação da casa. É importante reaprender o uso do espaço e as atividades de coordenação visomotora. É preciso lembrar que tudo dependerá das condições gerais da pessoa, se possui outras deficiências ou afecções além dos visuais.

Técnicas de Orientação e Mobilidade: nos casos em que seja possível, recomenda-se realizar treinamento de orientação e mobilidade para promover a aprendizagem de percursos, deslocamentos seguros potencializando o uso de técnicas de deslocamento com ou sem bengala, conforme as condições subjetivas, identificação de obstáculos, orientação espacial, entre outros. Nos casos em que o deslocamento individual não seja seguro, pode-se trabalhar com cuidadores e/ou familiares, para que aprendam como se conduzir em diferentes espaços, bem como melhorar as condições de iluminação e de organização, a fim de facilitar uma melhor qualidade de vida.

ETAPA 4: ENCERRAMENTO

Conforme o exposto, com cada sujeito trabalha-se de acordo com suas condições pessoais, o grupo funcional ao qual pertence e, sobretudo, com suas necessidades e interesses.

À medida que os objetivos pautados no Plano de Intervenção com a pessoa com visão baixa vão sendo alcançados e se verifique o uso correto dos auxílios e estratégias selecionados em situações reais, propõe-se o encerramento do programa de reabilitação.

Essa instância pode ser gradual, conforme a situação subjetiva de cada participante. É importante levar em conta que o treinamento tem um começo e um fim, que é alcançado quando os objetivos fixados



são atingidos. A intenção é que o(a) participante adquira conhecimentos e estratégias para ser o mais independente possível.

Nessa etapa final do plano, são apresentados, tanto ao participante com baixa visão quanto à sua família e aos profissionais de apoio (professores, empregadores, entre outros), os objetivos alcançados no plano de intervenção. São oferecidas recomendações relacionadas ao uso dos auxílios ópticos e não ópticos, bem como às condições ambientais necessárias para um bom desempenho. É fundamental encaminhar para programas locais e/ou serviços por meio dos quais a pessoa possa adquirir os auxílios ópticos e não ópticos, para serem incorporados à sua vida cotidiana.

Caso as condições visuais mudem ou haja interesse em incorporar novos auxílios ópticos ou não ópticos, pode-se recorrer novamente à equipe para outro período de trabalho, focalizando nesse novo treinamento.

TRABALHO A DISTÂNCIA

A partir do isolamento obrigatório imposto pela pandemia, foi possível conhecer uma nova modalidade de trabalho na área da reabilitação visual.

Na experiência da virtualização da abordagem, a família ou um terceiro disponível ocupa um lugar de destaque como um elo que pode facilitar o processo de reabilitação por meio das orientações do profissional ou técnico reabilitador envolvido.

Essa nova modalidade de intervenção pode resultar muito benéfica no caso de o(a) participante apresentar alguma dificuldade para se deslocar até o serviço ou centro de reabilitação.

É uma alternativa possível e exitosa; no entanto, é imprescindível levar em conta que, na instância avaliativa, a presencialidade é uma condição excludente.



O plano de intervenção e o acompanhamento podem ser realizados por meio de intercâmbios virtuais entre os diferentes membros da equipe e o(a) participante.

EQUIPAMENTO BÁSICO DE UMA SALA DE REABILITAÇÃO VISUAL

Com o objetivo de orientar a implementação de uma sala de Reabilitação Visual, a seguir é apresentado o equipamento básico necessário para realizar um desempenho eficiente e bem-sucedido na reabilitação visual de pessoas com baixa visão.

Para tanto, deve-se contar com:

SALA DE BAIXA VISÃO: O espaço onde será instalada a unidade de baixa visão deve ter uma dimensão mínima de 3 metros de comprimento, de modo que permita executar tarefas a longa distância, e uma largura suficiente para instalar armários com implementações da área e uma estação de trabalho.

CARTILHAS DE AVALIAÇÃO ÓPTICA: A unidade deve ser equipada com as seguintes cartilhas:

- Cartilhas de Acuidade Visual de Longe para crianças e adultos (tipo ETDRS – Bailey Lovie), como LEA Numbers, Lea Symbols.
- Cartilhas de Acuidade Visual de Perto para crianças e adultos (tipo ETDRS, como Spanish Near Vision Chart ou Near Vision Chart).
- Teste de Contraste.
- Cartilhas de Sensibilidade ao Contraste, como LEA Gratings e Near Pelli-Robson Contrast Sensitivity Chart (Sloan).

ESTAÇÃO DE TRABALHO ERGONÔMICA: A estação de trabalho deve contar, no mínimo, com uma mesa e cadeiras que possam ser ajustadas à altura dos(as) participantes; devem ser



confortáveis e possibilitar as compensações corporais que habitualmente as pessoas com baixa visão adotam para o uso mais eficiente das funções visuais, como o posicionamento da cabeça e a adequação da distância de trabalho, entre outros.

ILUMINAÇÃO ADEQUADA: O espaço de trabalho deve dispor de diferentes opções de iluminação para otimizar o uso da visão disponível, de acordo com os requisitos das diferentes situações. É conveniente contar com um regulador de intensidade.

Recomenda-se o uso de luzes LED neutras ou o mais próximo possível da iluminação natural do dia, pois geram maior conforto visual, especialmente em tarefas de curta distância. Da mesma forma, para tarefas pontuais ou de grande precisão, sugere-se incorporar o uso de luminárias articuladas para focalizar a luz, com opção de luz quente e luz fria de diferentes intensidades.

AUXÍLIOS ÓPTICOS: Os auxílios ópticos merecem um espaço específico para a análise das vicissitudes que acometem as pessoas com baixa visão. Desde sempre, houve detratores/as e defensores/as desses dispositivos. Ambas as posições são assertivas.

Se se considerar que as “lentes especiais” potencializam a capacidade visual e que, portanto, geram expectativas de resolução imediata da deficiência, compreende-se a experiência parcial e/ou negativa em relação a elas. Assim, recomenda-se a inclusão desses auxílios visuais no momento em que a pessoa for compreendendo sua nova situação perceptiva e de vida.

Os dispositivos ópticos, eletrônicos e informáticos são instrumentos valiosíssimos, que oferecem maior e melhor “resolução” das tarefas de autonomia. No entanto, é mister compreender, durante os processos de reabilitação visual, qual é o tempo adequado de cada pessoa para a apresentação desses instrumentos.

1 – Auxílios para Longe: Telescópio
2,8X, clip 3X, 4X, 6X, 8X, 10X.



2 – auxílios para Perto: Lupas manuais de diferentes ampliações (3x, 4x, 5x, 7x, 10x, 12,5x), lupas de peito e suportes; microscópios, telemicroscópios, entre outros.



Auxílios não ópticos

1 – Lentes filtrantes: são um meio que permite a passagem da luz com determinadas propriedades.



2 – Pautas de escrita, por exemplo, o **tiposcópio**, que é um molde que se coloca sobre a folha para orientar a escrita.



3 – Atril/suporte de leitura e escrita.



4 – Marcadores de diferentes cores e espessuras.



5 – Apoios para a Vida Diária: são diferentes dispositivos que facilitam a autonomia. Por exemplo: dosadores, jogos de mesa adaptados, sinalizações táteis, letras ampliadas, entre outros.

Ajudas eletrônicas:

1 – Lupa digital ou eletrônica manual (com ajuste de contraste e ampliação).

2 – Ampliadores eletrônicos de mesa.

3 – Softwares dedicados (ZoomText, Magic), aplicativos para Android ou iOS, e uso das opções de acessibilidade para Windows, iOS e Android.

4 – Audiolivros em MP3 ou acesso on-line a bibliotecas digitais, ou audiolivros em outros formatos de compilação (DAISY).



5 – Óculos inteligentes: seu uso compensa de forma digital as áreas do campo visual alteradas, combinando a visão preservada e a adicional que o dispositivo proporciona.

O dispositivo conta com um tablet, óculos inteligentes (*smartglasses*), controle com cabo conectado aos óculos (bateria e processador) e um software.

Os *smartglasses* possuem uma câmera que capta o que o usuário tem à sua frente. O software instalado no controlador dos óculos, juntamente com os modos configurados pelo especialista, processa as imagens capturadas por essa câmera, adequando-as ao resíduo visual do usuário. Dessa forma, potencializa-se a área útil do campo visual, refletindo essa melhora no display dos óculos como realidade aumentada.

O usuário tem a visão real do mundo por meio de lentes transparentes, porém com imagens sobrepostas da ajuda visual que o profissional configurou no sistema. Em caso de excesso de luz externa, são acionados filtros solares incorporados aos óculos.

Para ser usuário desses óculos inteligentes, é necessário ter uma acuidade visual mínima de 0,3 e um campo visual periférico não inferior a 5°. Em geral, são indicados para patologias como retinose pigmentar, glaucoma, retinopatia diabética, miopia magna, hemianopsia e doenças neurológicas com perda de campo visual.

REFLEXÕES FINAIS EM PRIMEIRA PESSOA

A importância da reabilitação visual. Perspectiva de uma pessoa com baixa visão.

"Começarei dizendo que sou uma pessoa com deficiência visual, tenho baixa visão decorrente de catarata congênita. Nasci em uma



localidade rural. Meus pais não conheciam nada sobre a deficiência visual e cresci usando aqueles óculos que chamam de 'fundo de garrafa'. Frequentei uma escola regular, mas nunca consegui ler um livro, embora diariamente os levasse na mochila; por isso, tive que aprender as lições de memória. Aprendi a ler e a escrever, mas quase nunca conseguia ler o que escrevia.

Assim, fui crescendo com o 'você não pode'; conseqüentemente, na adolescência eu tinha uma autoestima muito baixa, pois sempre fui 'a cega quatro-olhos'. E, embora não merecesse as zombarias e a rejeição, cheguei a acreditar nelas; por isso, considerava que não era bonita, que era menos do que os outros e que não deveria ter um namorado. Com essa concepção de mim mesma, um dia me envolvi com uma pessoa 15 anos mais velha, que me disse que me daria seus olhos. Evidentemente isso não aconteceu; ao contrário, foi uma relação difícil da qual nasceu um menino com catarata congênita. Essa experiência de ser mãe me levou a pensar que meu filho não deveria ter uma vida como a minha, e que aceitar minha condição se deu por meio das vivências e do conhecimento sobre a deficiência visual, além do trabalho em instituições, que contribuíram para minha superação.

É aqui que surge uma nova história: quando nasceu meu filho, o pediatra me disse que ele não tinha percepção de luz. Ao sair com ele, decidi iniciar uma forma muito pessoal de reabilitação; cada vez que eu colocava nele uma meia, um sapato ou uma roupa, eu sempre marcava o lado direito, o esquerdo, em cima, embaixo. Procurei um centro de reabilitação para que me apoiassem em sua estimulação, somando aquilo que, pela minha experiência, eu acreditava ser bom para ele. Permitíamos que tocasse tudo o que fosse possível; se íamos ao parque, apalpava árvores pequenas, grandes diferenças das folhas, o que era madeira, o que eram espinhos; o mundo todo por meio do tato, do olfato e da audição. Eu tinha muita clareza de que era bom



que ele experimentasse com todos os sentidos; que percebesse os sabores, as manifestações das cores, as texturas, as dimensões, as temperaturas, os diversos sons; havia muito a sentir e a conhecer.

Ele foi operado dos olhos pela primeira vez aos três meses de vida, mas não funcionou; depois, na segunda ocasião, aos dois anos, sete meses e vinte e um dias, quando despertava da anestesia, eu o tinha nos braços, ainda um pouco sonolenta, quando ouvi uma voz que dizia: 'mamãe, agora sim eu te vejo'. Sempre me perguntei: como ele soube que eu era sua mãe? Após a cirurgia, reconheceu a cor madeira; ainda naquele momento pensei: talvez pela textura; mas não, depois me disse: 'mamãe, esse é o branco, o vermelho, o verde e o azul'. Isso foi realmente surpreendente, pois ele os reconheceu sem que eu lhe dissesse nada.

Após a operação, passou a usar lente de contato e depois óculos de armação. Continuamos com exercícios de estimulação visual, com luzes, uso do computador, tudo o que estava ao nosso alcance e que podia ser utilizado para isso. Um momento difícil foi quando ele chegou aos cinco anos e cursava a educação infantil. Em várias ocasiões me dizia: 'mamãe, por que as outras crianças dizem que eu não enxergo direito? Tire-me da escola'; 'eu sou muito bonito, mamãe, os outros são muito feios', pois as outras crianças ficavam curiosas com seus óculos e se aproximavam muito dele. Algo que também me dizia era: 'mamãe, eu sou muito rico porque me chamam de quatro-olhos e os outros só têm dois'.

Com isso entendi e confirmei que estava fazendo bem o meu trabalho, pois situações que para muitos poderiam ser negativas, ele as transformava em positivas. Assim, continuei estimulando e trabalhando com livros ampliados, ampliador de tela, áudios etc.

Em casa usávamos copos e pratos de plástico para que pudessem ser manipulados sem nenhum risco, paredes brancas para



proporcionar bons contrastes, boa iluminação com luz natural e lâmpadas de luz quente. Sempre avisava quando mudávamos algum móvel, e fazíamos isso juntos, evitando quinas, ensinando-lhe técnicas de proteção e de busca de objetos, desenvolvendo e estimulando todos os seus sentidos, principalmente o visual.

Hoje, meu enorme filho tem 20 anos, estuda, joga futebol de cinco para cegos e me diz: 'mamãe, eu vejo menos do que muitos dos meus colegas, mas faço mais coisas, e os treinadores me dizem que minhas posturas são as de uma pessoa que tem mais visão'. E, claro, é um jovem independente, seguro, com um desempenho de alguém que parece ver mais do que realmente vê. Essa é a grande diferença entre a história dele e a minha: entre ter ou não a oportunidade de uma reabilitação visual. A segurança que ele tem, em sua idade, não se compara às experiências árduas que vivi para aprender a tê-la.

Compartilho estas linhas de vida para mostrar que a estimulação visual e a reabilitação visual vão além do uso que podemos fazer da visão disponível; trata-se da segurança física e emocional de uma pessoa, têm a ver com sua autoestima, com uma visão que marca a diferença na forma de viver."

Obrigada, Brenda, por compartilhar sua história.



ANEXO:

ENTREVISTA INICIAL

(Extraído da proposta para a **AVALIAÇÃO FUNCIONAL VISUAL**: Curso Avaliação funcional visual de pessoas com baixa visão – ASAERCA, Profa. Daniela Gissara)

NOME E SOBRENOME:

IDADE:

DATA DA AVALIAÇÃO:

INFORMAÇÕES GERAIS

Como é composto o seu grupo de convivência?

Qual é a atitude da família/amigos diante da sua situação de baixa visão?

Utiliza óculos, auxílios ópticos ou auxílios eletrônicos? Com que frequência e para quais tarefas?

Qual é o seu nível de escolaridade?

Qual é a sua profissão/ocupação?

Qual é a sua atividade preferida no tempo livre?

Pode me dizer o que sabe sobre a sua patologia visual?

Como foi a evolução do seu problema?

Pode me dizer quais tratamentos recebeu?

Há quanto tempo a sua visão se mantém como neste momento?

A sua visão é estável ou flutuante?

Tem perguntas sobre a sua condição visual?

Utiliza preferencialmente o tato ou a visão?

Sua visão melhora com movimentos de cabeça ou de corpo?

Utiliza preferencialmente um dos olhos?

Consegue boa visão olhando de frente?

TAREFAS DE PERTO (0,40 m)

Que distância utiliza para a leitura?

Qual é o tamanho e o tipo de letra que consegue ler? (manchetes de



jornal, livro didático, letra de jornal etc.)

Como é a sua leitura? Lenta? Fluida? Cansa-se rapidamente?

Qual é a distância que utiliza para a escrita?

Tem dificuldades para a escrita? Quais são?

Consegue ler a sua própria letra?

Utiliza sua assinatura?

Quais são as atividades de perto que acarretam dificuldades para serem realizadas? (ex.: ler, escrever, desenhar, maquiagem, uso do telefone celular, ver fotos, fazer palavras cruzadas, sudoku etc.)

TAREFAS INTERMEDIÁRIAS (0,40 a 1 m)

Consegue ver objetos sobre a mesa? (tipo e tamanho do objeto)

Consegue reconhecer objetos em um cômodo? (tipo e tamanho do objeto)

Tem dificuldade para realizar atividades de autocuidado?

(alimentação, vestir-se, higiene)

Quais são as atividades de visão intermediária que acarretam dificuldades para serem realizadas? (ex.: servir líquidos, preparar café, costurar, cozinhar, limpar, passar roupa, jogos de tabuleiro, uso de PC etc.)

TAREFAS À DISTÂNCIA (MAIS DE 1 m)

Consegue distinguir os detalhes de um rosto? A que distância?

Consegue distinguir expressões faciais? A que distância?

Tem dificuldade para reconhecer cores?

Sua visão melhora com maior iluminação?

Que tipo de luz o(a) favorece? (incandescente, fluorescente, quente ou fria)

Consegue ver TV? A que distância?

Consegue ver filmes? A que distância?

Consegue ler legendas? A que distância?

Consegue enxergar a lousa? A que distância?



Consegue enxergar o chão?

Consegue reconhecer desníveis no chão? (irregularidades, degraus, obstáculos)

Consegue enxergar o meio-fio da calçada?

Consegue enxergar a numeração das casas?

Consegue enxergar as placas com os nomes das ruas?

Consegue ver sinais de trânsito, semáforos etc.? A que distância?

Consegue ver o ponto de ônibus? A que distância?

Consegue ver o número ou a cor do ônibus? A que distância?

Consegue reconhecer diferentes tipos de comércio pelas vitrines?

Consegue ver objetos em movimento, trânsito, pedestres? A que distância?

Apresenta dificuldade ao passar de áreas de luz para sombra e vice-versa?

O que favorece mais a sua visão: dias ensolarados ou nublados?

Como é o seu desempenho visual à noite?

Desloca-se de forma autônoma ou com ajuda?

ESCUTA DA DEMANDA

Tem desejo de iniciar um processo de reabilitação?

Qual é a sua maior demanda em relação a este tratamento?



BIBLIOGRAFIA:

Coco Martín, M. B. (dir.), Herrera Medina. J.(dir.), Lázaro Yagüe, J. A. de (coord.), Cuadrado Asensio, R. (coord.) (2015) *Manual de Baja Visión y Rehabilitación visual*. Editorial Panamericana. Madrid

Arroyo, G. (2011) *Soluciones para baja visión*. Edición Paratexto. Bs As

Ortiz, P. y Matey, M.A. (2011) *Discapacidad visual y autonomía personal. Enfoque práctico de la rehabilitación, Organización Nacional de Ciegos Españoles*. ONCE. Madrid

Randall T., José (1988) *Visión Subnormal*. ONCE. Madrid

Vila López, J. M /dir.) (1994) *Apuntes Sobre Rehabilitación Visual*. ONCE. Madrid

Lopera Restrepo, G.; Aguirre Patrone, Á.; Parada Ceballos, P. y Baquet Quiñones, J. R. (2010) *Manual Técnico De Servicios De Rehabilitación Integral Para Personas Ciegas O Con Baja Visión En América Latina Unión Latino-Americana De Ciegos*. ULAC

Platero Alvarado, N. C. (2018). Técnicas de rehabilitación en glaucoma. [tese de maestrado, Universidad de Valladolid. Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada (IOBA)] <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/31869>

García Sánchez N. Una guía práctica para una rutina visual en Baja Visión. *Gac Optom y Óptica Oftálmica*. 2008; 430:12-5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3925222>

Gurovich, Lydia Baja visión (2001) Buenos Aires Edición da autora

Kierstan, B. (16 de mayo de 2022). Prueba de campo visual. American Academy of Ophthalmology. <https://www.aao.org/salud-ocular/consejos/prueba-de-campo-visual>



Vimont, C. (18 de marzo de 2017). ¿Qué significa una visión 20/20?. American Academy of Ophtalmology.

<https://www.aaopt.org/salud-ocular/consejos/que-significa-una-vision-20-20>

García Aguadoa J., S). ValoraciónCabellob, FJ., Colomer Revueltac, J., Cortés Ricod, O., Esparza Olcinae, J., Galbe Sánchez-Venturaf, J., Mengual Gilg, J., Merino Moínah, M., Pallás Alonsoi, C., Martínez Rubioj, A. (18 de marzo de 2017). Valoración de la agudeza visual. SCielo.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300019

Guerra García, R., Pérez García, D., Rúa Martínez, R., Llerena Rodríguez, J., (29 de enero de 2012). Trauma ocular contuso y afecciones de vítreo-retina. Revista cubana de oftalmología. http://www.revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/155/html_101

<https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion> del 26.10.22

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/162/16/PDF/G2016216.pdf?OpenElement> Del 26.10.22



CAPÍTULO 13. ACOMPANHAMENTO NO PROCESSO DE INCLUSÃO PROFISSIONAL

Autoras:

- **Aparicio, María.** Graduada em Educação Especial. Argentina.
- **Dongo Zegarra, Elena Delilut.** Professora, Peru.
- **Medina, Olga Lucia.** Terapeuta Ocupacional, Colômbia.



INTRODUÇÃO

A projeção e a transição para a vida adulta constituem um processo e um desafio que toda pessoa pode vivenciar ao alcançar maturidade psicossocial, cognitiva, comunicativa, emocional, entre outros aspectos, e após ter alcançado, por meio do processo educativo, os conhecimentos que lhe permitam tomar a decisão de escolher de que modo e de que forma ingressar no mundo d trabalho.

No presente capítulo, desenvolvem-se as ferramentas e/ou critérios para que as pessoas com deficiência visual (cegas ou com baixa visão), que concluem o processo de reabilitação básica funcional, possam retornar ao seu emprego anterior ou iniciar a busca por um novo, no caso daquelas que ainda não tenham ingressado no âmbito laboral.

Por outro lado, será considerado o papel das diferentes áreas envolvidas, como Orientação e Mobilidade, Atividades da Vida Diária, Habilidades Sensoperceptivas e Comunicação, bem como a atuação da equipe de profissionais que realiza o acompanhamento para favorecer a inclusão profissional.

Ao iniciar a reabilitação básica funcional, o(a) participante deve conhecer como cada uma das áreas intervenientes em seu processo de reabilitação contribui para alcançar uma posterior inclusão profissional.

Para isso, é importante que o profissional ou técnico reabilitador registre, nas avaliações inicial, de evolução e final, os interesses profissionais do(a) participante, para que a área responsável pelo apoio, assessoramento e acompanhamento rumo à inclusão profissional disponha de informações valiosas para a busca de capacitação e a inserção deste.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) insta os Estados, os organismos e as organizações estatais ou privadas a projetarem políticas públicas, a promoverem e oferecerem oportunidades de



acesso ao emprego, e que estas constituam respostas efetivas em relação à inclusão profissional, oferecendo marcos normativos de referência que são úteis para a abordagem, a implementação de estratégias, programas e modalidades de empregabilidade.

O aspecto relevante no processo de inclusão profissional é a capacidade do participante de tomar decisões para fazer parte do mercado de trabalho, sejam quais forem os tipos e formas de trabalho. Alguns requerem acompanhamento por meio de sistemas de apoio, de adaptações razoáveis e de acessibilidade, conforme demandem suas necessidades.

A inclusão profissional se concretiza quando são gerados contextos inclusivos, por isso é importante não deixar de lado a conscientização por meio da comunicação social, fazendo chegar à comunidade informações sobre a base normativa dos direitos da pessoa com deficiência, como a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que, em seu Art. 27 — Trabalho e Emprego — expressa o direito de trabalhar em igualdade de condições com as demais pessoas, de ter a oportunidade de escolher onde trabalhar e de que esses ambientes sejam inclusivos, acessíveis e abertos.

O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES, CAPACIDADES, DESTREZAS E COMPETÊNCIAS

OBJETIVOS

- Promover o desenvolvimento de empregos que melhorem a qualidade de vida e a independência da pessoa com deficiência visual.
- Fomentar a preparação técnico-profissional e a profissionalização acadêmica.



- Identificar fortalezas e fragilidades dos(as) participantes para projetar melhor desempenho profissional.

A partir da perspectiva dos direitos das pessoas com deficiência e do posicionamento do paradigma social é que devem ser gerados contextos laborais inclusivos. Assim, os programas das instituições que oferecem o serviço de Orientação profissional devem promover nos(as) participantes percepções positivas e/ou concepções contrárias às subjetividades de modelos anteriores que ainda persistem, nos quais as pessoas com deficiência são vistas como tendo baixa produtividade, escassa formação ou como sujeitos de caridade.

Para tal finalidade, devem ser considerados alguns aspectos a serem levados em conta no processo de desenvolvimento da formação para a vida profissional.

Para acessar o âmbito profissional, o(a) participante com deficiência visual necessita desenvolver os seguintes aspectos: habilidade, capacidade, destreza e competência.

Habilidades: Entende-se por habilidade a capacidade de realizar algo com certo domínio; pode-se dizer que uma pessoa tem habilidade para cozinhar, comunicar-se, entre outras.

- Habilidades gerais básicas.
- Habilidades psicomotoras e sensoriais.
- Habilidades acadêmicas funcionais.
- Habilidades comunicacionais e sociais.

Capacidades: São as qualidades e aptidões de uma pessoa para se desenvolver de forma independente, com os conhecimentos que possui ou que adquiriu. Por exemplo: capacidade de tomar decisões, resolver um problema ou elaborar um mapa conceitual, pensamento



crítico, aprender a aprender, trabalho com outras pessoas, comunicação, compromisso e responsabilidade.

Destreza: É a capacidade e a habilidade para realizar uma tarefa de forma fácil ou sem dificuldade, por exemplo, a manipulação de ferramentas de trabalho como uma pinça ou o uso do teclado de um computador.

Competências: São as capacidades, habilidades e destrezas que o participante deve adquirir. Ser competente envolve desenvolver atividades de forma eficiente, de tal maneira que possa se equiparar ao trabalho de outro trabalhador em um contexto profissional inclusivo. Por exemplo, um professor de uma área curricular como Idiomas e Literatura, que deve preparar sua disciplina para ensinar aos estudantes.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A oportunidade profissional é o início da possibilidade de começar um novo ciclo de vida; no entanto, um dos aspectos importantes é ter claras as expectativas do participante, e talvez este seja o primeiro passo para iniciar o caminho correto rumo ao processo de inclusão profissional.

Inicialmente, a pessoa deve alcançar uma reabilitação básica funcional que lhe permita atingir independência pessoal no autocuidado, além do apoio da família e da comunidade — aspectos de grande valor para que possa acessar um emprego em uma instituição, em uma empresa ou iniciar o seu próprio empreendimento.

Esse processo de reabilitação, aliado à formação acadêmica, seja na educação regular, na capacitação ou na formação profissional, onde adquira destrezas e habilidades e desenvolva capacidades e competências, permitirá o acesso a um treinamento ocupacional posterior.



A independência econômica e social é alcançada quando a pessoa com deficiência visual está preparada para a vida; isto é, quando consegue conhecer as exigências de um trabalho, visitar por conta própria instituições ou empresas, considerar as experiências da vida profissional de outras pessoas, realizar uma avaliação ocupacional, um estudo da demanda laboral e dos perfis solicitados para candidatar-se a um posto de trabalho, bem como defender seus direitos trabalhistas.

Pode, por outro lado, avaliar os hábitos, papéis, atitudes e interesses, assim como a capacidade de assumir responsabilidade, pontualidade, observar as relações sociais e, desse modo, preparar-se para a inserção profissional.

INCLUSÃO SOCIOPROFISSIONAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Certamente, o questionamento que cada pessoa com deficiência visual se faz é: depois da escola ou concluída a reabilitação, o que vem? Após a escola ou após alcançar os objetivos propostos na reabilitação básica funcional, inicia-se outro processo: o da inclusão profissional. Passar de uma etapa a outra é toda uma transição que deve ser percorrida com foco na meta que se deseja alcançar. Daí a relevância da autodeterminação, do autoconceito e da disciplina como conduta que se adquire, se aprende e se constrói ao longo do percurso educacional formal ou se recupera no processo de reabilitação.

A autodeterminação permite que a pessoa seja capaz de tomar suas próprias decisões. Nesse caso, a decisão do(a) participante quanto à sua inclusão profissional é um condicionante para desenvolver o processo inclusivo; caso contrário, força-se uma situação em que, após determinado tempo, observam-se consequências pouco construtivas para os envolvidos.



Os primeiros passos do processo inclusivo, como afirmam *Empresas Inclusivas et al.* (2015), são os contatos com os possíveis empregadores ou empresas ou a identificação de novos nichos de trabalho para esse participante interessado em um projeto de vida com melhorias salariais ou de renda, que lhe permitirão continuar crescendo em seu projeto de vida futura.

Ficha: Registro de informações acerca dos dados pessoais do participante, para compor sua pasta de abertura vocacional-profissional.

Ver ANEXO I.

Escala de Lawton e Brody

É um instrumento de avaliação das atividades instrumentais da vida diária, que permite conhecer o nível alcançado e desenvolvido pelos(as) participantes na realização destas. Embora esse instrumento tenha sido criado para avaliar a autonomia física e as atividades instrumentais da vida diária de pessoas idosas, é tomado como referência neste capítulo pela relevância das informações que consegue obter.

“Avalia-se a área funcional por meio de 8 itens: capacidade de utilizar o telefone, fazer compras, preparar a comida, realizar os cuidados da casa, lavar roupas, utilizar os meios de transporte e responsabilizar-se em relação à medicação e à administração econômica. A cada item é atribuído um valor numérico de 1 (independente) ou 0 (dependente). A pontuação final é a soma do valor de todas as respostas e varia entre 0 (dependência máxima) e 8 (independência total).

As informações são obtidas perguntando-se diretamente ao indivíduo ou ao seu cuidador principal. O tempo médio necessário para sua aplicação é de 4 minutos. Qualquer membro da equipe pode aplicar



essa escala, desde que esteja motivado, conscientizado e treinado.”
Olazarán, J. et al. (2005).

Ver ANEXO II.

PERFIL DE EXIGÊNCIAS DO POSTO DE TRABALHO

Como afirma *Empresas Inclusivas: guia para a contratação de pessoas com deficiência*, Organização Internacional do Trabalho (2015): “não se deve pensar a priori que um determinado posto se adequa a um tipo de deficiência, mas sim selecionar o posto a ser preenchido em função das necessidades de cada empresa”. Por isso, devem ser considerados os seguintes aspectos desse contexto que abre portas e contribui para a mudança e transformação dos novos contextos profissionais.

Acessibilidade: Esse aspecto, destacado no Art. 9º da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, estabelece:

“1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural. Essas medidas, que incluirão a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade[...].”

(CDPD, 2006).

Para a pessoa com deficiência visual, esse aspecto é considerado importante, sendo necessário superar as barreiras, sejam elas de natureza física, comunicacional, acadêmica ou tecnológica.



Nesse sentido, oferece-se assessoramento ao possível empregador em relação às seguintes questões:

- Os elementos de informação e sinalização devem estar em tamanhos, cores e caracteres adequados às necessidades do participante com baixa visão, ou em formato tátil ou em braille para as pessoas cegas.
- Projetos e acessos a páginas web acessíveis.
- Iluminação com nível de uniformidade adequado para pessoas com baixa visão.
- Distribuição de mobiliário e/ou maquinários fixos. Caso algo seja mudado de lugar, deve-se avisar o participante cego.
- Tratamento e comunicação com a pessoa com deficiência.

Ajustes Razoáveis: São as modificações e/ou adaptações que os participantes necessitarão para se incluírem em um contexto natural de trabalho, de acordo com suas necessidades.

Os ajustes a considerar dizem respeito à adaptabilidade. Atualmente, as pessoas com deficiência têm seus direitos reconhecidos; contudo, ainda existem desigualdades no trabalho, razão pela qual é necessário adaptar o posto de trabalho e analisar:

a) A pessoa trabalhadora, as tarefas e o posto de trabalho. A adaptação do posto de trabalho deve ser privada e confidencial. Deve garantir a autonomia (capacidade que a pessoa tem de realizar por si mesma as atividades básicas da vida diária) e os direitos do trabalhador.

b) Direito à adaptação do posto de trabalho:

- Uma pessoa com deficiência reconhecida.
- Uma pessoa com deficiência permanente, a qual não lhe permite realizar seu trabalho.



- Uma pessoa trabalhadora que sofra uma deficiência adquirida: é a dificuldade ou limitação que uma pessoa encontra de forma repentina após sofrer um acidente ou uma doença.

- Deficiência permanente: algumas pessoas, após um acidente ou doença, já não poderão voltar a exercer o trabalho que realizavam, mas sim outro diferente.

As entidades responsáveis por implementar as adaptações podem ser:

A Direção da Empresa ou o setor de Segurança e Saúde do trabalho, que elaboram um relatório com os motivos da adaptação.

- A pessoa interessada, que apresenta uma solicitação por escrito.

- O setor de segurança e saúde do Trabalho, que realiza exame médico e avaliação da pessoa trabalhadora. Deve explicar as adaptações que precisam ser realizadas.

- O Comitê de Segurança e Saúde ou o setor responsável pela prevenção, que elaboram um relatório e definem se a adaptação é possível ou não.

Os ajustes a serem considerados podem ser:

- Dos empregados da empresa ou do posto de trabalho (informação aos (aos empregados(as)) sobre o(a) novo(a) trabalhador(a)).

- Nos valores da empresa (visão, missão e ideais).

- No espaço, na disposição do mobiliário.

- Flexibilização de horário.

- Mudanças de alguns elementos ou materiais, como dispositivos eletrônicos.

- Adaptação do acesso de entrada ou saída do edifício do posto de trabalho.

Desenho Universal: *Os novos enfoques na produção de bens (produtos), ambientes, programas e serviços estão enquadrados nesse paradigma.*

"O Desenho Universal (UD) é um processo de design que habilita e empodera uma população diversa ao melhorar o desempenho humano, a saúde e o bem-estar e a participação social." Maisel, 2012.

O desenho universal baseia-se em 7 princípios básicos:

- Igualdade de uso: que possa ser utilizado por todos da mesma forma.
- Flexibilidade: que se adapte às capacidades e habilidades de quem utiliza.
- Uso simples e funcional: fácil de entender.
- Informação compreensível: gráfica, verbal ou tátil.
- Seguro: deve minimizar riscos e consequências.
- Baixo esforço físico: que seja de uso eficaz e com menor esforço físico.
- Espaço e tamanho para aproximação e uso.

Apoios: Podem ser recursos e estratégias que ajudem o(a) participante a ingressar e permanecer no posto de trabalho.

• **Recursos materiais ou econômicos:** uma pessoa com deficiência visual necessitará de assistência técnica para seu deslocamento do domicílio ao local de trabalho; para isso, pode ser necessário contar com uma bengala branca ou um cão-guia, por exemplo, ou ainda com um subsídio econômico para utilizar transporte privado de passageiros (táxi) ou para realizar modificações relacionadas às adaptações de acesso no espaço de trabalho.

• **Recursos ou talentos humanos:** apoios naturais, como colega de trabalho que





colabore ou oriente o(a) participante, assistência parcial de técnico profissional.

Os apoios podem variar no tempo e no espaço conforme as necessidades e demandas do(a) participante. Identificam-se, segundo sua intensidade, em:

- **Intermitentes:** prestados quando o(a) participante requerer e conforme as necessidades.
- **Limitados:** por tempo e frequência limitados, porém não intermitentes.
- **Extensos:** caracterizados pelo alcance em tempo, frequência e intensidade.
- **Generalizados:** apoios em que se oferece maior alcance, compromisso e intervenção de profissionais e de recursos materiais e econômicos.

Estratégias:

Acordos entre o Estado e o setor privado, nos quais se estabeleçam diretrizes de cooperação e programas de incentivos e/ou benefícios fiscais.

Assessoramento técnico para empresas e/ou possíveis empregadores que contratem pessoas com deficiência visual.

Campanhas de promoção da inclusão socioprofissional. Inclusão em programas de inserção profissional, como por exemplo o contrato de aprendizagem, de acordo com a legislação vigente. Elaboração de um plano de ação para o processo de inclusão.

TIPOS E/OU MODALIDADES DE EMPREGO.



OBJETIVOS

Aproximar e conhecer os diferentes tipos de empregos existentes na comunidade.

Trabalho remunerado:

O conceito de remuneração refere-se à possibilidade de receber um incentivo econômico pela atividade ou trabalho realizado. Associa-se à obtenção de algo em troca (dinheiro, reconhecimento, gratificação pessoal, ampliação do círculo social, aquisição de autossuficiência econômica, exercício da capacidade de escolha e fortalecimento do respeito e da dignidade como pessoa, ser parte ativa do contexto social).

Trabalho não remunerado:

São aquelas atividades realizadas pelo simples fato de serem gratificantes para a pessoa que as executa. Esse tipo de trabalho é conhecido como voluntário. Pode tratar-se de uma tarefa na qual se ajuda outras pessoas ou se adquire experiência profissional. Pode ser desempenhado para que a pessoa se sinta útil ou como atividade de tempo livre.

Trabalho ou emprego apoiado:

É um modelo de empregabilidade competitiva em ambientes integrados para pessoas com limitações significativas, que, por meio de propostas de trabalho, podem ser incluídas em contextos profissionais reais, com o acompanhamento de treinadores laborais (gestor de trabalho), quando necessário.

O emprego apoiado caracteriza-se pela seguinte sequência de etapas:

1. Formação para a vida profissional: nível de formação acadêmica e profissional; se possui ou não experiência de trabalho.



2. Avaliação e seleção: do candidato ao posto de trabalho; avaliação e análise integral do mesmo.

3. Capacitação, conscientização e sensibilização: das empresas e/ou empregadores, colegas de trabalho; socialização dos sistemas de apoio de que o(a) participante necessitará.

4. Ingresso: contratação e acordos, cumprimento de trâmites administrativos.

5. Acompanhamento: supervisão ou monitoramento, quando necessário; entrevista com chefias, participante, família ou redes de apoio estabelecidas em torno do candidato.

Empreendimentos:

É o processo de planejar, lançar e administrar um novo negócio, que geralmente começa como uma pequena empresa ou uma iniciativa emergente, oferecendo à venda um produto, serviço ou processo.

Cooperativas ou comunitário:

A formação de empreendimentos com essas características envolve a organização e convocação de um grupo de pessoas que prestem serviços, realizem produtos para venda ou vice-versa. Esse tipo de trabalho pode ser uma oportunidade de trabalho e de emprego não apenas para a pessoa com deficiência visual, mas para todos, dada a situação social e econômica registrada em muitos países no período pós-pandemia.

Oficinas de ofícios:

Por meio desse tipo de proposta de formação profissional, alcança-se o desenvolvimento de habilidades, destrezas, capacidades e competências, no aprendizado de técnicas e no uso de ferramentas



específicas que caracterizam cada ofício, como, por exemplo, padeiro(a), carpinteiro(a), entre outros.

Trabalho autônomo:

A capacidade e a competência acadêmica alcançadas ao longo da vida da pessoa com deficiência lhe permitirão gerar o próprio trabalho; por exemplo, um comunicador social poderá atuar em plataformas digitais, gerando conteúdos com temáticas de interesse social, cultural, esportivo ou artístico.

Emprego em relação de dependência – setor privado e público:

O Artigo 27 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência proclama que os Estados devem garantir o acesso ao emprego das pessoas com deficiência. Portanto, devem enfatizar políticas sociais destinadas à maior criação de programas de acesso aos contextos profissionais reais e onde efetivamente se concretizem as normativas estabelecidas pelos Estados.

Devem também garantir e assegurar a colocação, bem como a segurança na saúde profissional e social dos(as) participantes.

Teletrabalho:

O teletrabalho ou trabalho a distância é uma modalidade, tanto de forma subordinada quanto autônoma, na qual uma parte importante do tempo laboral é realizada a partir de um local diferente do escritório da empresa, mediante a utilização das novas Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC).

Essa nova modalidade, que se tornou ainda mais visível em razão da pandemia, torna fundamental dar maior ênfase ao uso e domínio das ferramentas tecnológicas e de comunicação para pessoas com



deficiência visual, melhorando a qualidade e a eficiência da acessibilidade.

O(a) participante deve adquirir habilidade, capacidade, destreza e competência no uso de programas como leitores de tela, ferramentas de acessibilidade para baixa visão, acesso e navegação em plataformas da internet, uso de processadores de texto, entre outros.

Utilizar redes sociais de forma eficiente e com finalidades objetivas, como a criação de conteúdos de interesse social, cultural e educativo.

PROCESSO DE COLOCAÇÃO E INCLUSÃO PROFISSIONAL.

O objetivo final do processo de acompanhamento para a inclusão profissional é a inclusão ou reinserção da pessoa no meio profissional e social. O processo que dá continuidade e facilita o cumprimento desse objetivo é o da colocação. Por isso, a instituição deve estar preparada para oferecer apoio, assessoramento e acompanhamento em prol do objetivo final.

Para realizar esse processo, é necessário contar com um serviço encarregado da inclusão, que continue orientando os(as) participantes que concluíram a reabilitação básica funcional, seja para a colocação em um emprego, para a reinserção no trabalho que desenvolviam antes de adquirir a deficiência visual, ou para sugerir uma capacitação prévia, caso seja necessária.

É importante que a instituição faça parte dos serviços nacionais e privados criados para o emprego da população em geral, com os quais devem ser estabelecidos mecanismos adequados de coordenação.

Por outro lado, quando o(a) participante chega diretamente a um serviço de inclusão profissional, este deve ser capaz de definir se a pessoa está apta para iniciar o processo de inclusão profissional ou se



deve ser encaminhada a etapas anteriores do processo. Para tanto, o serviço de inclusão deve estar em estreita relação com os serviços ou centros de reabilitação e possuir amplo conhecimento sobre as etapas prévias à busca de um emprego, a fim de orientar adequadamente.

Perfil

O candidato à inclusão profissional deve apresentar as seguintes condições:

Apresentação pessoal adequada, higiene pessoal, organização do vestuário e forma de comunicação.

- Ser pontual, cumprir os horários estabelecidos de encontros, entrevistas e jornada de trabalho.

- Ser independente em sua orientação e mobilidade.

- Bom desenvolvimento psicomotor.

- Idoneidade e preparação prévia (quando o posto o exigir).

- Conhecimento do contrato de trabalho.

- Informação adequada sobre disposições ou leis trabalhistas.

A equipe deve avaliar se a pessoa apresenta as seguintes aptidões, que garantam maior possibilidade de inclusão profissional:

1. Atividades da vida diária: autonomia e independência total ou parcial nessas atividades.

2. Orientação e mobilidade: autonomia e independência no deslocamento e mobilidade em espaços fechados e abertos; uso de técnicas de proteção alta e baixa; busca de objetos; uso de transporte público ou privado para deslocamento entre trabalho e domicílio; reconhecimento de pontos de referência e pistas ambientais.

3. Desenvolvimento pessoal: hábitos e disciplina que favoreçam a inclusão profissional; atitudes diante do erro ou de situações emergenciais no ambiente de trabalho, como resolução de conflitos,



predisposição para novas tarefas, redirecionamento de situações de frustração; empatia e maturidade psicossocial.

4. Habilidades de comunicação: aprender a utilizar os canais de comunicação empregados no contexto profissional.

5. Habilidades sociais: formas de se dirigir ao/à empregador(a), aos/às colegas de trabalho, amigos(as)), entre outros.

6. Habilidades cognitivas: raciocínio e compreensão, pensamento, atenção e memória.

7. Autodeterminação: tomar decisões e expressar ideias e opiniões de forma respeitosa.

- O trabalhador deve ser capaz, com as modificações necessárias e viáveis, de responder às exigências físicas da tarefa.
- Deve ser colocado em um posto em que utilize a inteligência no nível de sua instrução, qualificações e aptidões.
 - O trabalhador não pode colocar em risco a segurança dos demais.

Análise do posto de trabalho.

O processo de inclusão profissional realiza-se fundamentalmente por meio do serviço de colocação, que tem como funções primordiais as seguintes:

- Servir de intermediário entre a oferta de mão de obra e sua demanda, após conhecer as características do trabalhador e do emprego, fazendo-as coincidir.
 - Colaborar na criação de novos postos de trabalho.
 - Promover e assessorar a organização de grupos para a criação de empresas produtivas.
- Outros fatores-chave, conforme menciona a OIT, *Criando Negócios Inclusivos*, 2014: a responsabilidade social empresarial, o



compromisso do chefe ou presidente, incentivos financeiros, pressão social e legislação.

Existem princípios fundamentais que devem ser levados em consideração na inclusão profissional das pessoas com deficiência:

- As condições de trabalho e do ambiente são tão importantes quanto o trabalho em si.
- Deve-se evitar a segregação das pessoas cegas ou com baixa visão durante o trabalho.
- A inclusão deve ser efetuada de acordo com a adequação para o posto e não por caridade.
- Aproximação ao posto de trabalho para informar e capacitar sobre as implicações e vantagens de incluir empregados com deficiência.
- Encontro com proprietários ou chefes.
- Gerar balcões de emprego para a colocação dos(as) participantes.
- Elaborar o currículo (CV) do(a) participante para sua apresentação.
- Preparar para a apresentação nas entrevistas.
- Convocações para preenchimento de vagas, com maior participação de candidatos ao cargo ou posto de trabalho.

A EQUIPE DE PROFISSIONAIS.

O trabalhador deve sentir-se satisfeito. Isto é, sentir que o trabalho lhe agrada, que é uma conquista, um reconhecimento, um progresso, um crescimento e que lhe acarreta uma responsabilidade.

Esse processo deve estar fundamentado em um serviço de acompanhamento para a inclusão profissional, corretamente organizado, no qual, na medida do possível, se conte com os instrumentos técnicos indispensáveis para a tarefa, como: classificação de ocupações; arquivo de demandas de emprego; arquivo de ofertas



de emprego; registro de empresas, estabelecimentos ou empregadores.

A OIT estabelece como atividades específicas que devem ser realizadas pelo responsável pela inclusão profissional da instituição:

- Quando o serviço de emprego para as pessoas com deficiência e o de processo seletivo forem serviços separados, é necessário manter um vínculo constante, a fim de tomar conhecimento das vagas notificadas que talvez sejam adequadas para algumas dessas pessoas inscritas no registro de desempregados.

- Manter-se informado sobre a situação do mercado local de trabalho.

Para desempenhar seu papel, é necessário que o responsável pela colocação profissional participe, na medida do possível, de todo o processo de inclusão profissional, tornando-se uma ponte entre a abordagem institucional e o mercado de trabalho.

“É mister que o empresário, as diferentes instituições envolvidas no mercado de trabalho e de produtos e a sociedade em geral compreendam que a pessoa com deficiência, como qualquer ser humano, vive em perfeita harmonia com seu ambiente, na medida em que este a aceite e em que ela mesma se sinta próxima das demais pessoas e que, portanto, sua inclusão não será total enquanto não lhe for permitido o acesso ao trabalho, uma vez que este constitui uma atividade na qual a pessoa se sente valorizada.”

A equipe pode ser composta pelos seguintes profissionais:

- **Psicólogo:** Acompanhamento e apoio antes, durante e após o processo de inclusão profissional, permitindo que os(as) participantes que dele necessitem tornem-se conscientes do processo.

- **Mediador ou Gestor** profissional: Deve possuir um perfil proativo, conhecer a legislação que favorece o emprego de pessoas



com deficiência, conhecer sobre adaptações razoáveis e confiar na capacidade profissional da pessoa com deficiência visual.

Entre suas funções, podem-se destacar:

- Assessorar e acompanhar não apenas a pessoa com deficiência visual, mas, se necessário, sua família ou vínculos significativos e o ambiente de trabalho (o chefe ou os(as)) empregados das empresas).
- Colaborar.
- Facilitar.
- Auxiliar.
- Motivar.
- Sugerir.
- Deve ter a condição de ser flexível e conciliador.

Professor de Educação Especial especializado em Deficiência

Visual: Acompanhamento, se necessário, por um período de três a quatro meses. Sua intervenção estará relacionada à orientação e mobilidade, habilidades para a vida e participação social, bem como a outras implicações da deficiência visual.

Terapeuta ocupacional: Orientações relacionadas aos ajustes a serem realizados nos postos de trabalho, vinculados à ergonomia ou à dinâmica bimanual e/ou à habilidade psicomotora no manuseio de ferramentas, maquinários específicos ou tecnológicas.

Assistente Social: Estabelecer acordos com instituições e empresas, apresentar-lhes os marcos normativos, gerir apoios materiais, entre outros. Gerar possíveis bancos ou balcões de emprego. Criar redes e sistemas de apoio.

Acompañamiento.

O acompanhamento é oferecido ao(à) empregado(a) ou participante, à sua família e ao seu ambiente de trabalho, de acordo com cada situação particular, ao longo de toda a vida profissional do participante nesse posto de trabalho ou, ainda, durante e após o ingresso no mesmo.

A importância de realizar o acompanhamento permite observar, planejar, reorganizar, pautar, avaliar, examinar as adaptações razoáveis, se necessário, e avaliar as mudanças ocorridas ou não a partir da inclusão no contexto laboral.

Uma estratégia de acompanhamento pode ser realizada por meio da elaboração de análise FOFA ou SWOT (Forças, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças). Nesse processo, o(a) participante é parte ativa, uma vez que se analisa seu desempenho como trabalhador(a); por isso, é necessários o controle e o acompanhamento com parâmetros estabelecidos antes ou durante a contratação, de três a quatro meses após o início do trabalho. A análise não deve estar focada apenas no desempenho do(a) participante, mas em todos os aspectos da inclusão profissional.





ANEXO I REGISTRO INDIVIDUAL.

DADOS GERAIS:

Data:

Nome completo:

Documento de identidade/CPF:

Sexo:

Idade:



ANEXO II

Índice de Lawton e Brody.

Data e local de nascimento:

Número de celular:

Diagnóstico Médico: _____

Acuidade visual:

Acuidade auditiva:

Sentido do tato:

Sistema osteomuscular:

Sistema cardiovascular:

Sistema respiratório:

Alergias:

Contraindicações:

Telefone celular:

Telefone residencial:

Estado civil:



e-mail:

Acompanhante:

Cel.:

Expectativas:

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA:

Autocuidado SIM _____ NÃO _____

Alimentação SIM _____ NÃO _____

Apresentação pessoal SIM _____ NÃO _____

Vestimenta SIM _____ NÃO _____

Higiene SIM _____ NÃO _____

COMPETÊNCIAS ACADÊMICAS

Ensino fundamental SIM _____ NÃO _____

Ensino médio SIM _____ NÃO _____

Técnico SIM _____ NÃO _____

Universitário SIM _____ NÃO _____

Profissão: _____

Outros SIM _____ NÃO _____

Quais: _____

Tempo livre e lazer: _____

Hábitos:

Atividades e papéis de interesse:

Reconhecimento de dinheiro:



Orientação e mobilidade:

Braille e sorobã:

Tecnologia:

Aptidões:

Compreensão verbal e escrita:

Expressão verbal:

Pensamento lógico-matemático:

Orientação espacial e temporal:

PROFISSIONAL

Já trabalhou SIM _____ NÃO _____ QUAL _____

Conhece outro ofício SIM _____ NÃO _____ QUAL _____

Paciente.....Edad.....Sexo.....

Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria

	Puntos
A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
B. IR DE COMPRAS	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. CUIDAR LA CASA	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
E. LAVADO DE ROPA	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
F. MEDIO DE TRANSPORTE	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0



BIBLIOGRAFIA:

Adaptación de Puestos de Trabajo Recomendaciones y Ayudas técnicas. <http://aptra.port talento.es/>

Estrategia Europea sobre Discapacidad 2010-2020: un compromiso renovado para una Europa sin barreras, Bruselas, 2010.

LEY 20.422 10 febrero 2010, (Chile) – Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad [link BCN]

Oficina Internacional del Trabajo / Servicio de Actividades con los Empleadores, Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad Santiago, Negocios inclusivos: Creando lugares de trabajo accesibles para personas con discapacidad Organização Internacional do Trabalho, 2014

Escritório Internacional do Trabalho. Gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT. Ginebra, 2002.

Escritório Internacional do Trabalho. Lograr la igualdad de oportunidades en el empleo para las personas con discapacidades a través de la legislación: directrices / - Ginebra: OIT, 2014

Escritório Internacional do Trabalho. Trabajo decente para personas con discapacidad: promoviendo derechos en la agenda global de desarrollo, - Ginebra: OIT, 2015.

Olazarán, J., et al. (2005). Validez clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. Neurología, 20 (8), 395-401.

ONU. Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com deficiência ART. 9

ONU. **Observação Geral nº 8 (2022)** sobre o direito das pessoas com deficiência ao trabalho e ao emprego.



Organização Internacional do Trabalho. **Empresa inclusiva: guia para a contratação de pessoas com deficiência** / Escritório da OIT para a Argentina. – Buenos Aires: OIT, 2015.

Portal de la adaptación de puestos para personas con discapacidad y ajustes razonables. <http://adaptyar.ibv.org/>

Portal Web ADAP y AR (Consultado em 28 de janeiro 2023)
<https://adaptyar.ibv.org/index.php/como-funciona-adaptyar>

Teletrabajo y contrato de teletrabajo, Argentina.gob.ar (Consultado em 24 de janeiro 2023)
<https://www.argentina.gob.ar/trabajo/teletrabajo-0/teletrabajo-y-contrato-de-teletrabajo>

Lopera Restrepo, G.; Aguirre Patrone, Á.; Parada Ceballos, P. (2000) *Manual Técnico De Servicios De Rehabilitación Integral Para Personas Ciegas O Con Baja Visión En América Latina Unión Latinoamericana De Ciegos*. ULAC



CAPÍTULO 14. A REABILITAÇÃO EM PESSOAS COM SURDOCEGUEIRA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA.

Autores:

- **Bermúdez, Israel Josué.** Médico Oftalmologista. Venezuela.
- **Neri De Troconis, María De La Luz.** Mestre em Surdocegueira e Deficiência Múltipla. Venezuela.
- **Quintero Belisario, Elia Jannette.** Venezuela.
- **Requena Guedez, Massiel Denise.** Coach para Famílias de Pessoas com Deficiência, Especialista em Surdocegueira e Deficiência Múltipla. Venezuela.
- **Sánchez, Amarilis.** Economista, (Adulta com Surdocegueira). Venezuela.



INTRODUÇÃO.

A surdocegueira é uma deficiência única, com identidade própria, originada pela combinação de uma perda auditiva e visual severa em uma mesma pessoa, condição que ocasiona graves problemas de comunicação, de acesso à informação e de desempenho independente, especialmente pelo fato de o mundo ser primordialmente audiovisual. Se a pessoa surdocega possui outra deficiência adicional – paralisia cerebral, problema motor ou outro claramente definido (não suposto) – É uma pessoa surdocega com deficiência múltipla. (Neri, 2009)

Quando um jovem, adulto(a) ou idoso(a) com surdocegueira congênita ou adquirida vai sozinho(a) ou com seu acompanhante (cônjuge, mãe, familiar, amigo(a), voluntário(a) ou guia-intérprete) a um Centro de Reabilitação ou a um(a) profissional ou técnico da área da deficiência visual e se sente atendido(a), compreendido(a), com uma proposta de valor compatível com suas necessidades e interesses que permita melhorar sua qualidade de vida e seu desempenho independente ou semi-independente, de acordo com suas características, percebe que esse processo de reabilitação lhe oferecerá uma mudança positiva em seu desempenho e, conseqüentemente, em sua relação com o ambiente familiar e social.

No presente Manual de Reabilitação, são apresentados todos os temas de um programa de reabilitação visual e, ao incluir o capítulo de surdocegueira, reflete-se o grande avanço de promover a incorporação de jovens e adultos(as) com surdocegueira congênita e adquirida nos serviços ou centros de reabilitação existentes na Região.

Nesse sentido, a Declaração das Necessidades Básicas das Pessoas com Surdocegueira (Adaptada pela Quarta Conferência Mundial Helen Keller, Estocolmo, 1989) constitui um manifesto elaborado por líderes adultos com surdocegueira, como parte do movimento da causa da surdocegueira no mundo, de forma a



estabelecer bases homogêneas a serem consideradas no empoderamento, reconhecimento e abordagem que devem ser dispensados às pessoas com surdocegueira, de acordo com os avanços de alguns países e o início em muitos outros onde, em nível latino-americano, diferentes organizações participaram ativamente desde o início e, atualmente, instituições e programas de surdocegueira criados nos diferentes países da América Latina, instituições governamentais e outros (Neri, 2022).

A REABILITAÇÃO SOB A VISÃO DA PESSOA COM SURDOCEGUEIRA.

85% de toda a informação do ambiente de cada pessoa provém do que ela percebe por meio dos sentidos da audição e da visão. Por isso, deve-se destacar que entre as pessoas com surdocegueira é frequente encontrar indivíduos isolados e, além disso, costuma ocorrer que profissionais e familiares, por medo, desconhecimento ou falta de autorreconhecimento, impeçam que se desenvolva, ao longo de seu crescimento, no que se refere à intervenção especializada, comunicação, educação e nos âmbitos social e laboral.

Viver com surdocegueira total ou parcial é muito difícil; há graves dificuldades de comunicação, deslocamento e orientação, inter-relação e compreensão do que acontece, ocasionando importantes desajustes emocionais, familiares, pessoais e comunitários.

O isolamento e os obstáculos para a vida cotidiana da pessoa surdocega são constantes, tornando-se indispensável adotar medidas concretas.

Todo ser humano, por natureza, precisa de comunicação e interação com seu ambiente. Diante dessa situação de isolamento, torna-se imperativo propor orientação para que tanto os familiares quanto a própria pessoa recebam todas as ferramentas necessárias



para se desenvolverem de acordo com suas necessidades, direitos, desejos e ilusões, independentemente do grau e tipo de surdocegueira que apresente.

O desafio é conseguir que jovens, adultos(as) e idosos(as) com surdocegueira congênita ou adquirida se motivem a fazer parte de serviços ou centros especializados para sua reabilitação e que estes se sintam preparados para atendê-los.

É fundamental destacar que a participação de um jovem ou adulto(a) com surdocegueira nesses serviços lhe proporciona ferramentas que permitem conduzir sua vida de acordo com sua condição e aceitação desta. Para a tomada de decisões, resolução de conflitos, autoestima, reconhecimento de suas habilidades/capacidades, autocuidado nas ruas, viver com menos conflito interno e comunicar suas necessidades de forma assertiva; tudo isso lhe permitirá ter melhor qualidade de vida, autonomia e independência, maior inclusão e oportunidades em seu ambiente familiar, educacional, profissional e social.

Nos casos de surdocegueira em que a pessoa não possa tomar decisões, quando sua condição a impede, é necessário que seu(sua) representante ou cuidador(a), que a conhece melhor, seja seu(sua) interlocutor(a) e a represente, promovendo as ações pertinentes para sua melhor qualidade de vida.

Um serviço de reabilitação para pessoas com surdocegueira deve contemplar as áreas de: Orientação e Mobilidade, Atividades da Vida Diária, Técnicas de Comunicação, Habilidades Básicas, uso de tecnologia acessível e abordagem psicológica (aspectos abordados anteriormente neste manual). Os resultados são potencializados quando essa abordagem psicológica também inclui a família e atividades em grupo entre os participantes.



Em relação à área da psicologia, é importante destacar duas recomendações: primeiro, envolver as especificidades do participante com sua funcionalidade auditiva-visual, comunicação, status socioeconômico, família, personalidade e ambiente. Segundo integrar-se à equipe e coordenar o trabalho conjunto de forma cooperativa entre os profissionais, como equipe interdisciplinar — levando em conta os desejos e características próprias do participante —, com todas as áreas do serviço, para individualizar o tratamento e atender às suas necessidades especiais.

Com frequência, em temas de reabilitação, pessoas com surdocegueira adquirida e seus familiares mais próximos rejeitam a ideia de precisar dela. Há negação da deficiência, não querem enfrentar a nova condição e, conforme o caso, vivem com ansiedade diante da possibilidade de maior perda de visão e/ou audição. O grande êxito do processo de reabilitação é eliminar essa angústia, adquirindo as ferramentas mencionadas e demonstrando a si mesmo(a) que a vida continua sendo possível. Alcança-se a aceitação de si mesmo(a) com sua deficiência. Existe essa resistência das pessoas com surdocegueira à reabilitação, em contraste com a ideia de que, quanto mais jovens realizarem o processo, mais tempo de aceitação de sua condição terão e, conseqüentemente, mais oportunidades de inclusão reconhecerão para suas vidas.

É fundamental que, antes do ingresso no serviço de reabilitação, o(a) futuro(a) participante passe por uma avaliação médica abrangente, feita por especialistas, e que sejam realizadas avaliações funcionais pelo(a) profissional ou técnico(a) reabilitador/a (funcionalidade auditiva, visual, comunicacional, independência, sensorial, cognitiva, entre outras da pessoa surdocega). Além disso, obtém-se uma avaliação emitida por uma/a assistente social, que apresente os aspectos socioeconômicos e familiares, e uma avaliação



psicológica que abranja suas características, sua disponibilidade para iniciar um processo de reabilitação, seus desejos, expectativas e interesses. Todos esses resultados serão insumos para que a equipe de profissionais defina em conjunto, com o(a) participante e sua família, as diretrizes iniciais de abordagem.

É ideal que a equipe de profissionais seja qualificada ou formada por especialistas na área da surdocegueira. Infelizmente, na América Latina existem poucas instituições e profissionais que oferecem Programas de Reabilitação para pessoas com surdocegueira. Por isso, torna-se necessária a inclusão dessas pessoas nos centros ou serviços existentes para pessoas com deficiência visual. Esses centros, ao receberem uma pessoa com surdocegueira, devem capacitar-se para atender às suas necessidades. A tecnologia e a formação a distância contribuem para isso, daí a importância do trabalho em rede e da comunicação fluida com locais especializados, a fim de contar com as ferramentas necessárias para tal finalidade.

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DO JOVEM E DO ADULTO COM SURDOCEGUEIRA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO.

A participação do(a) jovem e do(a) adulto(a) com surdocegueira em um programa de reabilitação fortalece, entre outros aspectos, o autorreconhecimento, a autovalorização e a autodeterminação, tornando-o(a) protagonista de seu processo de reabilitação; cabe destacar a importância de contemplar aquelas pessoas com surdocegueira congênita com maior ou menor comprometimento (Sánchez, 2019). A seguir, definem-se esses conceitos, dada sua vital importância teórico-prática:

Autorreconhecimento:

É a compreensão, por meio da razão, que cada um tem de si. O



autorreconhecimento conduz à aceitação que cada ser humano tem de si próprio(a) em sua personalidade, forma de ser, condutas, reações, sentimentos e pensamentos. É vital que cada ser humano se autorreconheça e tenha plena aceitação de si mesmo(a), a fim de viver em plenitude e com autenticidade.

O autorreconhecimento em pessoas com surdocegueira é mais complexo, devido aos estereótipos negativos que existem em torno da deficiência, acentuados pelo fato de se combinarem duas disfunções sensoriais e pelas barreiras para a comunicação efetiva e/ou acesso à informação. O que costuma ocorrer em casos de surdocegueira é a negação de sua existência ou o erro de acreditar que se trata de um “cego que ouve mal” ou um “um surdo que enxerga pouco”, por exemplo; quando, na realidade, deveriam ser reconhecidos como pessoas surdocegas com remanescente auditivo e/ou visual, conforme o caso.

É indispensável que ocorra o reconhecimento da condição de surdocegueira congênita ou adquirida de acordo com seu nível de acessibilidade, como um grande passo que favorece o autorreconhecimento da pessoa com sua condição e que será fundamental para alcançar avanços satisfatórios no processo de reabilitação.

Autoavaliação:

A autoavaliação é o conceito e a percepção que o indivíduo tem de si mesmo(a), em contraste com seu ideal do que deseja ser. A meta é que essa contraposição seja a mais ajustada e próxima possível, pois, do contrário, gera-se uma grande lacuna, já que o exercício e o trabalho emocional exigirão muitos processos e grande dedicação.

É preciso reconhecer que, na autoavaliação de qualquer indivíduo, intervêm elementos culturais e de influência familiar, que



convém revisar e avaliar em cada etapa para analisar se correspondem aos critérios e valores próprios da pessoa, forjados por suas vivências e sentimentos em seu desenvolvimento.

Autodeterminação:

Esse conceito refere-se, neste caso, à capacidade que as pessoas surdocegas têm de decidir sobre temas que sejam de seu interesse, relevantes e importantes. No caso de adultos(as) com surdocegueira que não tenham capacidade de decidir por apresentarem maiores comprometimentos, devem ser criados mecanismos que permitam identificar o que gostam e desejam, oferecendo meios de decisão, como, por exemplo, tomar decisões com o apoio de um(a) mediador(a) ou de estratégias específicas.

É vital orientar as pessoas com surdocegueira para que consigam saber o que querem e, por meio da prática, reconheçam seus processos relativos às decisões. Elas compreenderão o que significa tomar decisões e devem ser incentivadas a expressar o que sentem. O objetivo é a consciência de que, para ser uma pessoa com autonomia, a tomada de decisões é fundamental, devendo-se dominar a capacidade de escolher (atualizando periodicamente) seu projeto de vida, o que é de grande ajuda para o presente e o futuro, considerando sobretudo seus desejos e aspirações. A equipe deve trabalhar para que a pessoa consiga identificar oportunidades para alcançar suas metas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

No que se refere à reabilitação de pessoas com surdocegueira, destaca-se, em primeiro lugar, a necessidade de flexibilidade nos aspectos metodológicos. Como se sabe, não existem receitas nem procedimentos rígidos a serem executados. Há maleabilidade conforme



a personalidade tanto dos(as) profissionais ou técnicos reabilitadores quanto das pessoas e famílias participantes.

Como em qualquer profissão — e ainda mais na atenção direta a pessoas com surdocegueira — é fundamental a capacitação contínua e atualizada. Nesse contexto, a líder surdocega da Venezuela, Miriam Torres, afirma: *Os profissionais técnicos de reabilitação devem estar profundamente capacitados quanto à condição no trabalho com pessoas com surdocegueira total, para poder contribuir com sua reabilitação.* Nesse sentido, é fundamental ressaltar que o(a) profissional ou técnico(a) reabilitador(a), em todas as intervenções e atividades, deve definir o objetivo a ser alcançado com base na comunicação e, por meio da prática repetida, poderá induzir o reconhecimento do participante, que compreenderá o propósito do que está praticando e, em seu próprio ritmo, alcançará a consciência da utilidade do que está aprendendo para sua vida (Torres, 2022).

Os(as) profissionais ou técnicos reabilitadores orientam e conduzem sem julgar, respeitam ritmos e processos com acolhimento e resguardam de forma ética e confidencial os processos do participante.

Portanto, a equipe reabilitadora deve ter em mente que as pessoas surdocegas podem desempenhar-se como qualquer outra pessoa, mediante um processo completo de reabilitação, através de adaptações, acessibilidade e ritmos particulares.

Quando a pessoa surdocega, os(as) profissionais capacitados e a família trabalham juntos, em equipe colaborativa e com constância, são alcançados os objetivos propostos e a pessoa desenvolve a consciência de sua deficiência, reconhecendo-se com seus recursos, habilidades e potencialidades (Sánchez, 2019).

As considerações anteriores foram validadas por meio da pesquisa sobre Reabilitação da Pessoa com Surdocegueira (2023), que



serviu como insumo para a elaboração do presente capítulo. Consideram-se as contribuições de pessoas com surdocegueira, famílias e profissionais da Região sobre a reabilitação que essa população deve receber (Anexo I).

SURDOCEGUEIRA: CONCEITOS BÁSICOS.

Para Álvarez (2004), a surdocegueira é uma deficiência resultante da combinação de duas deficiências sensoriais (visual e auditiva), manifestadas em maior ou menor grau, que gera nas pessoas que a apresentam problemas únicos de comunicação e necessidades especiais decorrentes da dificuldade de perceber de forma global, conhecer e, portanto, interessar-se e desenvolver-se no ambiente ao seu redor (p. 100), de acordo com o tipo de surdocegueira, sua origem, tipo de perda sensorial, entre outros.

Para facilitar a intervenção, as pessoas com surdocegueira costumam ser agrupadas de duas formas (Gómez, 2000):

Surdocegueira Congênita: refere-se às pessoas que nascem com essa condição ou a desenvolvem antes da aquisição da linguagem. Uma das causas mais comuns da surdocegueira congênita é a síndrome da rubéola congênita (SRC).

Surdocegueira Adquirida: refere-se às pessoas que desenvolvem essa condição ao longo da vida por múltiplas razões: nascer surdo ou cego e perder a visão ou a audição por acidentes, doenças infecciosas, síndromes, traumas, tumores, entre outros.

No Quadro 1, resumem-se as causas da surdocegueira segundo sua origem:

QUADRO 1. CAUSAS QUE PRODUZEM A SURDOCEGUEIRA CONGÊNITA

A) Complicações específicas da prematuridade:

Retinopatia da prematuridade + surdez neurossensorial ou de outras causas.

B) Não relacionadas à prematuridade:

Anóxia

Rubéola

Sífilis

Toxoplasmose

Citomegalovírus

Síndrome alcoólica fetal

Hidrocefalia

Microcefalia

Teratogenia

Herpes neonatal

TORCH

Síndrome de Charge

CAUSAS DE SURDOCEGUEIRA ADQUIRIDA EM QUALQUER IDADE

Anóxia, asfixia

Traumatismos oculares/auditivos

Encefalite

Infecções oculares/auditivas

Meningite

Traumatismo cranioencefálico

AVC

Tumores

Agentes químicos

Cirurgia



SÍNDROMES QUE PRODUZEM SURDOCEGUEIRA ADQUIRIDA

Usher tipo I

Usher tipo II

Usher tipo III

Neurofibromatose

Neurofibromatose acústica bilateral

Wolfram (DIDMOAD)

Fonte: Associação Espanhola de Famílias com Pessoas com Surdocegueira (2006).

CAUSAS DA SURDOCEGUEIRA: ENFOQUE MÉDICO.

Informações a serem consideradas por profissionais ou técnicos reabilitadores na etapa de reconhecimento da surdocegueira congênita ou adquirida.

Torna-se necessário detalhar as principais causas da surdocegueira sob o ponto de vista médico, que devem ser levadas em consideração nos programas de reabilitação na etapa de reconhecimento da surdocegueira congênita ou adquirida.

Entre elas, encontram-se:

CAUSAS ASSOCIADAS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO:

Catarata senil:

É a opacificação do cristalino. Quando uma catarata se forma, o cristalino pode apresentar opacidade e falta de transparência, razão pela qual a luz não é facilmente transmitida à retina. De acordo com o tipo, as cataratas podem ser: hereditárias, decorrentes de infecções intrauterinas, originadas por distúrbios metabólicos, associadas a outras anomalias oculares, por ingestão de drogas, radiação, desnutrição, idiopáticas ou decorrentes do envelhecimento. Clinicamente, podem manifestar-se como leucocoria, halos ao redor das luzes, estrabismo e fotofobia. Atualmente, o único tratamento



oftalmológico efetivo é o cirúrgico, cujo objetivo é obter a melhor condição óptica do globo ocular afetado, substituindo-o por uma lente acrílica e alcançando, assim, a transparência do eixo visual.

A catarata pode estar associada à presbiacusia ou a algum outro tipo de alteração da audição, o que pode levar à surdocegueira adquirida.

Presbiacusia:

Ocorre devido a uma deterioração progressiva do ouvido interno em decorrência da idade. A perda auditiva relacionada ao envelhecimento é um dos transtornos sensoriais mais frequentes (OMS, 2018). Uma parte significativa da população adulta apresenta presbiacusia, e em um terço desses indivíduos com menos de 65 anos a perda auditiva é suficiente para requerer o uso de um aparelho auditivo, programado de acordo com as especificações recomendadas pelo médico.

A contribuição da genética para a presbiacusia também é melhor compreendida por meio da epigenética do envelhecimento.

O prognóstico depende do sucesso cirúrgico, da reabilitação visual pós-operatória e do momento da intervenção da catarata. Quanto à presbiacusia, existem fatores prognósticos negativos que potencializam seu aparecimento, como traumatismos, infecções auditivas, hipertensão, diabetes ou outros tipos de doenças. Evitá-los ou corrigi-los favorece a não ocorrência da condição, contudo, seu fator determinante é o envelhecimento. Em algumas pessoas, essa condição pode ser reabilitada com o uso de próteses auditivas.

Malformações craniofaciais e doenças genéticas:

Compreendem um grande número de síndromes de diferentes tipos. Algumas das síndromes mais comuns são: Usher, Down, Wolfram, Crouzon, Neurofibromatose, CHARGE, entre outras.



O acrônimo **CHARGE** descreve uma síndrome polimalformativa congênita que inclui coloboma (C), malformações cardíacas (H), atresia das coanas nasais (A), retardo psicomotor e/ou no crescimento (R), hipoplasia genital (G), malformações auriculares e/ou surdez (E). Estas se originam por aberrações cromossômicas e/ou condições hereditárias ou mutações genéticas. Costuma haver comprometimento visual e auditivo associado a quadros neurológicos, cardíacos, endócrinos, entre outros. É possível que a sensibilidade à ototoxicidade por aminoglicosídeos seja transmitida por via materna por meio de uma mutação mitocondrial, assim como uma maior suscetibilidade à perda auditiva induzida por ruído. Seu prognóstico está relacionado ao grau de comprometimento neurológico e à resposta à reabilitação oportuna.

TORCHS:

Esse grupo de síndromes abrange as iniciais de diferentes agentes infecciosos:

Toxoplasmose, Outros, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, HIV (AIDS) e Sífilis.

– Toxoplasmose:

É uma das parasitoses mais frequentes. Resulta da infestação pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, geralmente em adultos imunossuprimidos e em recém-nascidos com infecção adquirida *in utero* por via placentária. Uma das formas de infecção ocorre através do contato com gatos, por meio de suas fezes, que podem infectar seres humanos, roedores e aves. Outra forma de contágio ocorre pela ingestão de cistos teciduais presentes em carnes cruas ou malpassadas. Essa doença, em adultos, em geral de leve a moderada, pode manifestar-se como uma afecção glandular ou apresentar sintomas de uma gripe leve; entretanto, em mulheres grávidas pode



causar abortos ou alterações congênitas no feto. Nos recém-nascidos, variam desde a tríade de Sabin, que inclui coriorretinite, hidrocefalia e retardo psicomotor, até surdez neurossensorial e quadros viscerais, como hepatoesplenomegalia e icterícia.

– **Rubéola:**

É uma infecção viral contagiosa, geralmente leve, que afeta principalmente crianças e adultos

O vírus da rubéola é transmitido pela via aérea. Se a mulher contrair o vírus durante a gestação, pode transmiti-lo ao feto por via placentária, sendo que no primeiro trimestre da gestação o feto é afetado em maior grau, ocasionando a síndrome da rubéola congênita. A criança apresenta problemas de crescimento, baixo peso ao nascer, catarata congênita, entre outros. As complicações resultantes podem incluir aborto espontâneo, óbito fetal, parto prematuro ou nascimento de uma criança com problemas congênitos.

As crianças com **síndrome da rubéola congênita** apresentam: catarata bilateral, microcefalia, paralisia cerebral, retinopatia pigmentar, perda auditiva neurossensorial (que varia de moderada a profunda) e ocasionalmente manifesta-se de forma progressiva; malformações cardíacas congênitas, déficits neurológicos cujo grau varia de moderado a severo, dentre os quais se encontram transtornos de aprendizagem ou deficiência intelectual. Seu prognóstico dependerá das consequências neurológicas na pessoa e do grau gerado pelos múltiplos impedimentos a nível sensorial, motor, social e de comunicação.

– **Citomegalovírus (CMV):**

O citomegalovírus congênito ocorre quando a mãe infectada transmite o vírus CMV ao feto através da placenta. A doença materna pode ser assintomática; o bebê afetado nasce com uma erupção de



petéquias característica, ou seja, pequenos pontos de cor púrpura que aparecem na pele, icterícia, inflamação da retina, aumento do tamanho do baço e do fígado, calcificações intracranianas e microcefalia. Baixo peso ao nascer, petéquias, separação das suturas cranianas, microcefalia e icterícia. Consideram-se como possíveis complicações a presença de atraso psicomotor, paralisia cerebral, surdez, problemas de aprendizagem, problemas visuais e epilepsia.

O prognóstico baseia-se em dois aspectos:

- Se não houver depósito de calcificações cerebrais, a probabilidade de retardo mental é menor;
- Havendo calcificações cerebrais, há indício de futuro retardo psicomotor. Seu prognóstico também se relaciona com o grau de dano e a resposta ao tratamento oportuno.

- Sífilis Congênita:

É uma doença infecciosa de transmissão sexual que contagia através da pele lesionada ou das membranas mucosas. A infecção é causada pela bactéria *Treponema pallidum*; a principal causa de sua transmissão ocorre por contato sexual. A sífilis também é transmitida ao feto por meio da placenta e da via sanguínea.

A sífilis possui três estágios:

O primário, que apresenta úlceras genitais.

O estágio secundário, caracterizado por erupções cutâneas de lesões avermelhadas que aparecem geralmente nas palmas das mãos e nos pés; tanto as lesões da erupção quanto as úlceras são contagiosas.

A fase terciária é uma infecção generalizada que afeta órgãos internos, coração, cérebro e ossos, entre outros, podendo causar neuropatia óptica, catarata levando à cegueira, surdez neurosensorial e inclusive levar à morte.



Apesar de ser uma doença complexa, geralmente é curável. Em algumas ocasiões a sintomatologia desaparece por si só; caso contrário, pode ser curada com medicação e, portanto, apresentar bom prognóstico.

– **AIDS:**

É uma doença produzida pela imunodeficiência adquirida, visto que o vírus começa a enfraquecer o sistema imunológico do corpo, bem como sua capacidade de combater doenças. É transmitida por via sexual, transfusão sanguínea ou via placentária por pessoas infectadas pelo vírus HIV, causador da AIDS. O HIV pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

Pode apresentar diversos sintomas, que diferem entre a infância e os adultos. Nos adultos há perda de apetite e peso, febre, erupções cutâneas, sudorese noturna, diarreia, fadiga e pneumonia, meningite ou câncer. Nas crianças os sintomas não são específicos e incluem linfonodos aumentados, aumento do tamanho do fígado e do baço e atraso peso-estatura. No nível neurológico, apresentam encefalopatia estática, que é o grau menos severo, com estagnação do desenvolvimento psicomotor ou lenta aquisição das funções psicomotoras. Em 15% dos casos apresenta-se o padrão neurológico mais severo, encefalopatia grave progressiva, com perda das habilidades psicomotoras adquiridas e regressão do desenvolvimento intelectual.

Seu prognóstico depende da forma como se apresentam os estágios da infecção pelo HIV e da evolução para AIDS, bem como da resposta desfavorável ao tratamento antirretroviral.

– **Meningite:**

A meningite é uma inflamação das meninges de origem viral ou bacteriana que afeta mais as crianças de 3 a 8 meses e sua incidência



é variável, sendo mais da metade dos afetados menores de 15 anos. Também acomete adultos com imunodeficiências. A meningite é transmitida por diferentes germes através de secreções nasais, saliva e pelo ar por meio de espirros ou tosse de pessoas afetadas, ou seja, é necessário contato próximo para que ocorra a transmissão, exceto quando existem problemas de deficiência imunológica por doenças prévias.

Os sintomas que podem se apresentar são sonolência e prostração, convulsões, dores musculares generalizadas, aumento do ritmo respiratório, presença de manchas na pele e, em algumas ocasiões, diarreia. Nos adultos, os sintomas mais frequentes são dor de cabeça, rigidez na nuca, febre, vômitos, congestão nasal e fotofobia. Afeta o nervo óptico. Relaciona-se com ototoxicidade pela necessidade imperiosa de altas doses de antibióticos.

O prognóstico depende se a infecção se desenvolve entre 2 e 10 dias após o contato com o doente e se responde ao tratamento, podendo, na recuperação, permanecer lesões cerebrais.

– Encefalite:

A encefalite é uma inflamação aguda do cérebro e da medula espinhal, normalmente causada por infecção viral, transmitida de diversas formas. A encefalite por arbovírus refere-se a doenças semelhantes transmitidas por mosquitos a hospedeiros com baixa imunidade frente à virulência do germe.

Pode danificar os nervos, causar danos permanentes e até a morte. A transmissão ocorre de pessoa a pessoa ou por mosquitos e artrópodes, os quais entram através das mucosas do trato gastrointestinal ou respiratório, por via hematogênica ou nervosa.

Alguns sintomas são: cefaleia, febre, dor atrás dos olhos ou na testa, hiperestesia, náuseas, vômito, fotofobia, dor no pescoço, nas costas e nas extremidades, alterações do estado de consciência como

confusão, estupor e coma; sinais de focalização como hemiparesia, disartria e convulsões tônicas ou clônicas de início focal com ou sem generalização. Quando há comprometimento do tronco cerebral, ocorre comprometimento dos pares cranianos (nervos óptico e auditivo), ataxia e sinais piramidais. Como sequelas finais, podem ser encontrados déficits intelectuais, motor ou psiquiátrico, assim como alteração visual e/ou auditiva de moderada a grave.

O tratamento inclui antibióticos, anticonvulsivantes e terapia para hipertensão endocraniana. O prognóstico relaciona-se com o grau de comprometimento neurológico e com a resposta ao tratamento oportuno. A maioria dos pacientes recupera-se completamente; o prognóstico depende da gravidade das lesões e das características individuais na resposta ao tratamento.

ALTERAÇÕES CRANIOENCEFÁLICAS (TCE, acidente vascular cerebral (AVC), TUMORES):

- **Traumatismo cranioencefálico (TCE):** É uma condição médica produzida por um impacto contundente no crânio. Representa a principal causa de deficiência e morte em jovens e adultos. Classifica-se de acordo com os achados topográficos:

- *Trauma difuso I:* a TC é normal.
- *Trauma difuso II:* não se observam lesões de densidade mista ou alta, maiores que 25 mm. Inclui fragmentos ósseos ou corpos estranhos.
- *Trauma difuso III:* observa-se edema e não apresenta lesões maiores que 24 mm.
- *Trauma difuso IV:* há deslocamento da linha média maior que 5 mm e lesões maiores que 25 mm.

Entre as causas mais frequentes de traumatismos estão os acidentes automobilísticos, violência interpessoal, quedas e,



atualmente, fatores relacionados à guerra, entre outros. Os traumas podem ocorrer por ferimentos penetrantes no crânio ou pela aceleração e desaceleração rápida do cérebro, que lesionam os tecidos no ponto de impacto, no polo oposto (contragolpe) e também de forma difusa, lesão no interior dos lobos frontais e temporais.

As manifestações clínicas incluem: déficit motor, tetraparesia, hemiparesia, distúrbios do equilíbrio e da coordenação, ataxia, perda de habilidades finas ou grossas, dispraxias, disfagia, disartria, anosmia, cegueira ou diminuição da acuidade visual, déficit sensitivo, transtornos nos movimentos oculares, diplopia, defeitos nos campos visuais, perda da audição, zumbido, vertigem e déficit tátil e proprioceptivo. O TCE grave pode afetar a memória semântica e episódica. Lesões nos lobos frontais alteram a formação de conceitos, o raciocínio, o planejamento e/ou a regulação motora. Em casos graves, podem ocorrer mudanças comportamentais incluindo irritabilidade, impulsividade, agressividade e dificuldades de adaptação social de manejo complexo.

No adulto com TCE severo, o prognóstico depende do estado de consciência, da reatividade pupilar e da avaliação pela escala de Glasgow.

AVC: Ocorre quando o tecido nervoso, os vasos sanguíneos ou as meninges se rompem ou se descolam, ocasionando interrupções nervosas, isquemia ou hemorragia intracerebral e extracerebral, juntamente com edema cerebral.

- **Tumores:** Os schwannomas vestibulares, geralmente pequenos, apresentam-se com perda auditiva assimétrica, acúfenos e alterações do equilíbrio (raramente vertigem). Tumores grandes podem estar acompanhados de neuropatia craniana, especialmente do nervo trigêmeo ou facial. Além da perda auditiva (hipoacusia), também



se apresenta na doença de Ménière, que pode ser acompanhada de vertigem episódica, acúfenos e plenitude auricular.

O prognóstico depende da abordagem conservadora, devido ao maior risco de lesão intracraniana, e nos pacientes com poucos ou nenhum sintoma clínico.

Ototoxicidade (Agentes químicos):

É definida como o **dano ao ouvido interno causado por um fármaco ou outra substância química** que tenha sido introduzida no organismo. Ao avaliar a presença de ototoxicidade, é necessário levar em conta fatores como: o fármaco, a dose, a via de administração, o tipo de agente químico, o estado do ouvido, doenças que possam modificar a farmacocinética, entre outros. Alguns antibióticos com alto grau de ototoxicidade são: **Capreomicina, Gentamicina, Neomicina, Viomicina, Vancomicina, Clindamicina e Metronidazol.**

Dependendo da parte afetada, a ototoxicidade pode ser:

- **Coclear:** apresenta surdez e/ou acúfenos;
- **Vestibular:** manifesta-se como vertigem e alterações do equilíbrio;
- **Mista:** inclui tanto a porção coclear quanto vestibular.

Possui **prognóstico muito ruim**, devido ao seu efeito **irreversível** sobre as estruturas anatômicas do ouvido.

Harrison. Princípios de Medicina Interna (19ª ed.)

Síndrome de USHER:

A principal causa de surdocegueira adquirida é a Síndrome de USHER, que é uma condição genética hereditária autossômica recessiva.



- “Autossômico” significa que homens e mulheres têm a mesma probabilidade de herdar a doença, assim como a mesma probabilidade de transmiti-la a um filho de qualquer sexo.

A seguir, são descritos os tipos de Síndrome de USHER:

- TIPO I: Perda auditiva profunda ou surdez ao nascer. Caracteriza-se por ser neurosensorial congênita bilateral, não progressiva e simétrica. Geralmente, a pessoa não adquire linguagem. A Retinose Pigmentar aparece com diminuição da visão noturna por volta dos 10 anos, progredindo para perda grave da visão com o avançar da idade. Existem problemas de equilíbrio desde o nascimento. Este tipo de Usher é mais comum na população surda.

- TIPO II: Perda auditiva de moderada a grave ao nascer. A surdez é congênita, não progressiva, bilateral e simétrica, com grau de perda variando de leve a severo. Nesses casos, a pessoa adquire linguagem, com ou sem aparelho auditivo. A diminuição da visão noturna surge na adolescência, progredindo para perda grave da visão na idade adulta, devido à Retinose Pigmentar, por volta dos 20 anos. O equilíbrio é normal.

- **TIPO III:** Perda auditiva progressiva na infância ou início da adolescência. Surdez neurosensorial congênita progressiva, com grau de perda variando de leve a profundo. Embora tradicionalmente se aceite que a perda auditiva é “não progressiva”, há relatos de casos em que progride. A gravidade e a idade de início variam; os problemas de visão noturna geralmente começam na adolescência e progridem para perda grave da visão na idade adulta. O equilíbrio é normal a quase normal na infância, podendo surgir problemas posteriormente.

NIH nº 98-4291S (2017)

Conhecer em detalhe as **diversas causas de surdocegueira** permite que os profissionais considerem, na entrevista inicial, as



circunstâncias que ocasionaram a deficiência, seu prognóstico e possíveis complicações.

Essas informações também são importantes **para as famílias e para a própria pessoa com surdocegueira**, para iniciar o processo de **reabilitação voltado à comunicação**.

ASPECTOS IMPORTANTES A se CONSIDERAR NA SURDOCEGUEIRA:

Neri (2009) classifica a pessoa surdocega de acordo com sua **perda visual e auditiva**, permitindo entender quais vias (visuais, auditivas ou táteis) podem ser utilizadas para acessar seu mundo e definir a comunicação adequada:

- Surdocego total
- Surdocego com **resíduo visual**
- Surdocego com **resíduo auditivo**
- Surdocego com **resíduo visual e auditivo**

Dentro da população com surdocegueira também existem jovens ou adultos com múltiplas deficiências, com resíduo visual e/ou auditivo ou total, que podem ter paralisia cerebral, comprometimento cognitivo reconhecido, transtorno motor ou outras condições. (p.061)

Gómez (2006) destaca que, dependendo da presença ou não de outras deficiências adicionais, da motivação ou ainda da privação sensorial que atravessa a pessoa surdocega, o momento em que se inicia a intervenção referente a quando a surdo-cegueira começou e as capacidades individuais geneticamente predeterminadas, resultam em pessoas surdocegas com diferentes possibilidades funcionais e com necessidades distintas.

O(a) autor(a) compartilha uma classificação da surdocegueira de acordo com a funcionalidade:

- Pessoas surdocegas com baixo nível intelectual e de funcionalidade: requerem programas de educação e de integração em ambientes protegidos, ou seja, realizam uma atividade laboral a partir de seus espaços educacionais e/ou cursos profissionalizantes.

- Pessoas surdocegas com nível intelectual e de funcionalidade médio e alto, com potencial para levar uma vida semi-independente ou independente, e que necessitam de apoio para serem incluídos no trabalho e na comunidade.

Atualmente, deve-se compreender e promover que as pessoas com surdocegueira congênita e adquirida estejam incluídas no sistema educacional regular.

É fundamental levar em conta a incorporação de ajudas técnicas apropriadas em função das características da pessoa surdocega e das necessidades de cada nível de programa.

Neri (2009) ressalta a importância de conhecer as implicações e necessidades individuais de cada pessoa com surdocegueira congênita ou adquirida, uma vez que cada uma possui suas próprias características, interesses, capacidades, fortalezas, desafios, frustrações e motivações. (p. 63)

NECESSIDADES	SURDOCEGUEIRA CONGÊNITA	SURDOCEGUEIRA ADQUIRIDA
Comunicacionais	* Apresenta graves problemas de comunicação e compreensão do que acontece ao seu redor.	* Apresenta graves problemas de comunicação e compreensão do que acontece ao seu redor.

	<ul style="list-style-type: none">* Percebe o mundo de forma distorcida.* Apresenta dificuldade para se comunicar com o ambiente ao redor.* Dificuldade para antecipar eventos futuros ou o resultado de suas ações.* Vive em um mundo inconsistente.* Dificuldade para obter informações.* Estabelecimento de uma via eficaz para a comunicação, através do sentido do tato, do	<ul style="list-style-type: none">* Estabelecimento de uma via eficaz para a comunicação, através do sentido do tato, do aproveitamento do resíduo visual e auditivo, a utilização do sistema de comunicação adaptado segundo o que usava antes de adquirir a surdocegueira (língua de sinais, língua oral, braille, nível de leitura e escrita e em que sistema), comunicação alternativa se necessário.* Esgotamento pelo esforço para
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>aproveitamento do resíduo visual e auditivo, a utilização do sistema de comunicação a partir das formas expressivas – corporais, sensoriais mais simples.</p> <p>* Acessibilidade a profissionais que dominem a comunicação aumentativa, alternativa e desenvolvimento da linguagem.</p> <p>* Acessibilidade a mediadores ou guias-intérpretes.</p>	<p>alcançar a comunicação.</p> <p>* Adaptação a uma nova via de acesso à informação.</p> <p>* Mudança no ritmo de comunicação (mais lento).</p> <p>* Domínio e coerência do eixo central que é a comunicação por parte de todos os profissionais e da família.</p> <p>* Acessibilidade através de um guia-intérprete, um mediador ou dispositivos especiais.</p> <p>* Acesso a eventos públicos dependentes da</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>comunicação e informação (congressos, palestras, cursos).</p> <p>* Aprendizagem do braille como via para continuar o acesso à escrita.</p>
<p>Físicas</p>	<p>* A locomoção livre fica limitada ou reduzida.</p> <p>* Tem problemas médicos que podem originar sérios atrasos no desenvolvimento.</p> <p>* Atraso psicomotor.</p> <p>* Tem percepções distintas das sensações táteis.</p> <p>* Respostas pobres diante das</p>	<p>* Necessidade de uso de dispositivos adaptados aos seus requerimentos físicos e posturais.</p> <p>* A locomoção livre fica limitada.</p> <p>* Dependência de assistência em alguns casos.</p> <p>* Necessidade de aprendizagem de orientação e mobilidade.</p>

	<p>informações proprioceptivas recebidas. A propriocepção é o sentido que nos permite perceber a localização, o movimento e a ação das partes do corpo. Está estreitamente vinculada ao controle do movimento.</p> <p>* Distorção da informação visual e auditiva que recebe.</p> <p>* Dificuldades para integrar a informação dos diferentes sistemas sensoriais.</p> <p>* Necessidade de aparelhos de suporte ou</p>	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>adaptados aos seus requerimentos físicos.</p>	
<p>Físico-Ambientais</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Ambiente adaptado às suas necessidades (comunicação, independência, acessibilidade). * Insegurança para locomover-se no ambiente. * Necessidade de contraste de cor, textura, iluminação e informações do ambiente. * Adaptação de espaços e requerimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ambiente adaptado às suas necessidades (comunicação, independência, acessibilidade). * Insegurança para locomover-se no ambiente. * Contraste de cor, textura, iluminação e informações do ambiente. * Adaptação de espaços e requerimentos.

	<p>* Sinalização dos espaços acessíveis.</p>	
<p>Cognitivas</p>	<p>* Encontra-se privado das motivações extrínsecas básicas.</p> <p>* Desenvolve seus próprios estilos de aprendizagem para compensar suas múltiplas necessidades.</p> <p>* Lentidão no desenvolvimento integral.</p> <p>* Necessidade de fazer verificações várias vezes, por muito tempo.</p> <p>* Pouca distinção entre si mesmo e o ambiente.</p>	

	<p>* Dificuldade para formar ideia das coisas fundamentais da vida</p>	
<p>Sociais</p>	<p>* Apresenta condutas desafiadoras produzidas pela falta de comunicação.</p> <p>* Origina um mundo caótico ao seu redor.</p> <p>* Dificuldade para interagir com as pessoas.</p> <p>* Dificuldade para aprender ou realizar as necessidades básicas elementares como:</p>	<p>* Dificuldades para realizar novamente sozinho as atividades básicas como comer, ir ao banheiro, vestir-se, sair, trabalhar, estudar.</p> <p>* Sérias limitações para orientar-se e locomover-se de forma independente.</p> <p>* Dificuldade para interagir em grupo.</p>

	<p>comer, ir ao banheiro, vestir-se, dormir.</p> <p>* Sérias dificuldades para orientar-se e locomover-se de forma independente.</p> <p>* Inclusão social e em ambientes de pessoas surdas ou cegas.</p> <p>* Inclusão educacional, profissional e na comunidade em geral.</p>	<p>* Voltar a incluir-se no âmbito educacional, social e profissional.</p>
<p>Emocionais</p>	<p>* Condutas desafiadoras produzidas pela situação de falta de comunicação.</p>	<p>* Compreender e aceitar sua condição.</p> <p>* Contar com assessoria e apoio.</p>

	<ul style="list-style-type: none">* Passividade crescente.* Falta de expressões corporais e gestuais.* Dificuldade para expressar sentimentos.* Acentuada autoestimulação.* Falta de iniciativa para a aproximação, exploração, interação e comunicação social.* Padrões repetitivos e estereotipados de comportamento.* Autodestruição.	<ul style="list-style-type: none">* Acessar um especialista que fortaleça sua segurança.* Autodeterminação e tomada de controle de sua nova vida.* Desespero pela mudança de vida.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>* Padrões de comportamento inexplicáveis.</p>	
<p>Familiares</p>	<p>* Família em situação caótica.</p> <p>* Limitações em atividades próprias de uma família.</p> <p>* Mudança de estilo de vida.</p> <p>* Demanda de atenção à criança especial.</p> <p>* Descontrole de horários e rotina familiar.</p> <p>* Incompreensão do que está acontecendo.</p>	<p>* Família em crise.</p> <p>* Mudança de estilo de vida.</p> <p>* Demanda por atenção.</p> <p>* Descontrole de horários e rotina familiar.</p> <p>* Apoio e assessoria familiar.</p> <p>* Sentimentos de pena, superproteção ou rejeição, causados por não se conhecer as capacidades dessas pessoas ou</p>

	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de respostas dos profissionais e médicos. * Necessidade de participar em trabalho de equipe colaborativa, serem levados em conta como membros ativos e determinantes. 	<p>não saber como se comunicar.</p>
<p>Educativas e Reabilitação</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Estratégias educacionais e de adaptação ao ambiente. * Inclusão educacional com adaptações razoáveis e DUA (Desenho Universal para a Aprendizagem). * Serviços de 	<ul style="list-style-type: none"> * Estratégias de reabilitação e de adaptação ao ambiente. * Atendimento individual e em grupo. * Profissionais especializados ou treinados no tema.

	<p>atendimento especialmente desenhados para pessoas surdocegas congênitas desde o início.</p> <p>* Atendimento individual e em grupo.</p> <p>* Profissionais especializados ou treinados no tema.</p> <p>* A chave da educação é a comunicação.</p> <p>* Estabelecimento de uma via eficaz para a comunicação através do tato e do aproveitamento do resíduo visual e auditivo e</p>	<p>* A chave da reabilitação é a comunicação.</p> <p>* Estabelecimento de uma via eficaz para a comunicação através do tato e do aproveitamento do resíduo visual e auditivo e utilização de sistema de comunicação adequado (incluindo a comunicação alternativa).</p> <p>* Retomar a leitura com letra ampliada, braille ou software.</p> <p>* Acessibilidade e inclusão.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>sistema de comunicação adequado (incluindo a comunicação alternativa).</p> <p>* Acesso à educação: escola de surdos, cegos ou regular.</p> <p>* Inclusão educacional e o uso do DUA.</p> <p>* Apoio de mediador nas escolas para permitir acesso pleno a atividades e conhecimentos.</p> <p>* Participação de jovens e adultos em programas de reabilitação.</p>	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>Recreativas, Laborais e pré- vocacionais</p>	<ul style="list-style-type: none">* Inclusão em atividades recreativas e esportivas individuais e em grupo entre si ou com pessoas da mesma idade.* Participação em todo tipo de experiências de seu interesse e próprias para a idade, com ou sem apoio de mediador ou guia-intérprete.* Desenvolvimento de habilidades pré-vocacionais através de currículo funcional.* Exposição a experiências pré-	<ul style="list-style-type: none">* Atividades recreativas e esportivas individuais e em grupo, inclusivas.* Continuidade ou integração ao campo profissional.* Formação para um ofício.* Apoio para a inclusão profissional.
----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>laborais e formação laboral.</p> <p>* Inclusão no campo profissional com assessoria, apoio e acompanhamento.</p>	
<p>Tecnológicas</p>	<p>* Acesso à tecnologia: computadores e dispositivos especiais na medida de suas possibilidades.</p>	<p>* Acesso à tecnologia: computadores e dispositivos especiais que permitam manuseio livre e comunicação globalizada.</p> <p>* Se tiver resíduo visual: poder ler a tela adaptada com contraste, cores e tamanho.</p> <p>* Se tiver resíduo auditivo: poder ouvir com sistema Jaws (leitor de tela por voz).</p>

		* Se for surdocego total: poder usar dispositivo para ler a tela com caracteres braille.
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Guia de Apoio para a Surdocegueira (2009, p. 069-073).

Para a abordagem rumo ao caminho da reabilitação da pessoa com a condição de Surdocegueira congênita ou adquirida, devem-se conhecer as causas que a originam, bem como o momento e a ordem de aparecimento das condições sensoriais, os diversos níveis de funcionalidade, a existência ou não de outras deficiências associadas e o ambiente ao redor da pessoa com Surdocegueira, para determinar o tipo de abordagem que ela requer, partindo das necessidades e interesses próprios da pessoa e do que deseja alcançar e/ou atingir em seu desempenho e desenvolvimento dentro de seu contexto: vida familiar, profissional, pessoal e social.

A participação da família é determinante, sobretudo para o grupo de pessoas com Surdocegueira que, por suas características individuais, necessitam do acompanhamento de seu grupo familiar para o alcance e a satisfação de suas necessidades.

As mãos são os olhos e os ouvidos de uma pessoa com surdocegueira, pois seu contato com o mundo se dá através do tato, que também é percebido em seu corpo. Sendo uma população heterogênea devido a diversas variáveis que geram uma série de características únicas em cada pessoa surdocega, todas compartilham os problemas de comunicação e de acesso à informação.



Quando uma pessoa nasce (congénita) ou se torna surdocega (adquirida), o mais urgente é intervir para fornecer-lhe um novo sistema de comunicação funcional ou adaptar aquele que vinha utilizando. Esse sistema deverá ser selecionado de acordo com as características sensoriais e as capacidades individuais de cada pessoa, a fim de permitir que ela se conecte com o mundo e de atender às suas necessidades em cada momento. (García, 2004, p. 142).

Com tudo isso, podem-se compreender os elementos comuns para ambos os grupos de pessoas com surdocegueira (congénita e/ou adquirida):

- Reconhecimento da condição.
- Desenvolvimento de um sistema alternativo de comunicação (receptivo e expressivo) que permita a interação com o mundo.
- Apoio específico para conhecer e compreender o mundo que os rodeia e desenvolver uma vida o mais independente possível.
- Uso da Avaliação Funcional Inicial.
- Contar com o apoio de outras pessoas que atuem como mediador ou guia-intérprete para se informar sobre o que acontece ao seu redor e compreender o que os outros desejam comunicar.

É preciso que esses profissionais existam por direito, como dever dos países para com essas pessoas.

- Antecipação e segurança, rotina, consistência e previsibilidade.
- Trabalho colaborativo em equipe.
- Respeito, acessibilidade, inclusão.

É importante destacar que os direitos humanos e civis das pessoas surdocegas sejam respeitados. Para alcançar esse objetivo, deve haver o reconhecimento da surdocegueira e a possibilidade de



acesso a programas ou profissionais especializados como apoio, conforme indicado nas Diretrizes sobre as Melhores Práticas para a Prestação de Serviços destinados às pessoas surdocegas (DbI, 2006). Subcomissão de Políticas da Deafblind International (Malcolm Matthews (presidente), Michael Collins, Graciela Ferioli, Bernadette Kappen, Ricard López, Stan Munroe, Dr. Bhushan Punani, Sergei Sorokin, com a contribuição de muitas outras pessoas, entre elas Joyce Thompson e Geoffrey Atieli.

Esse documento descreve as recomendações da DbI para a prestação de serviços destinados às pessoas surdocegas, explica brevemente suas necessidades particulares e oferece orientações para todos aqueles que buscam implementar melhores práticas para essa população, incluindo governos e prestadores de serviços públicos e privados.

A FAMÍLIA NO CAMPO DA REABILITAÇÃO

A família é fundamental para o desenvolvimento integral de qualquer ser humano; tem a capacidade de gerar ambientes saudáveis, apoios significativos e mudanças sociais. No entanto, diante da chegada de uma pessoa com deficiência ao núcleo familiar, ocorrem mudanças em todas as dimensões, desestabilizando a dinâmica familiar e produzindo uma etapa de crise que transcorre desde a etapa de negação e luto até a etapa de adaptação.

A família da pessoa com surdocegueira enfrenta todos os desafios descritos pelos especialistas no tema. No entanto, por ser a surdocegueira uma deficiência com características únicas e complexas, as famílias se deparam com dificuldades, desafios e processos que podem alterar toda a dinâmica familiar por um período prolongado e, muitas vezes, ao longo de todo o desenvolvimento da vida. Para isso, serão descritos os tipos de



famílias que podem frequentar uma sala de reabilitação (Requena, 2023).

a) **Famílias com pessoas com surdocegueira congênita:** são aquelas famílias que tiveram uma criança que nasceu com surdocegueira ou que a adquiriu em idade muito precoce. Na maioria dos casos, há uma detecção tardia ou um diagnóstico equivocado da surdocegueira, gerando consequências desfavoráveis para a família e para a pessoa com surdocegueira.

b) **Famílias com pessoas que apresentam uma primeira perda sensorial (visual ou auditiva) e que posteriormente adquirem a surdocegueira (segunda perda):** são aquelas famílias que enfrentam um primeiro diagnóstico, passam por todo o processo de luto e adaptação e, posteriormente, voltam a se deparar com outro diagnóstico que conduz à “surdocegueira”. Essa situação provoca um retrocesso às fases anteriores, despertando sentimentos e emoções dolorosas já vividas e que pareciam estar em processo de superação, retomando emoções de luto e reajustes que podem durar por um período significativo.

c) **Famílias com pessoas que apresentam surdocegueira adquirida:** são aqueles casos em que a surdocegueira se manifesta de maneira repentina, com as duas perdas sensoriais ocorrendo quase simultaneamente ou em um período de tempo relativamente curto.

Independentemente da causa, idade de aparecimento, tipo ou grau da surdocegueira, o diagnóstico provoca nas famílias uma série de emoções como angústia, depressão, pensamentos negativos, alterações nas dinâmicas dentro de casa, desgaste físico e emocional e impacto econômico e social, razão pela qual requerem um atendimento sistemático e especializado que as acompanhe e lhes



permita aceitar e aprender a viver em harmonia com essa nova condição de vida.

Alguns estudiosos da temática familiar em matéria de deficiência asseguram que nem todos os pais estão preparados para ser os primeiros e últimos defensores das pessoas com deficiência, quer por sua situação psicológica pessoal, quer por sua formação, habilidade ou treinamento para isso, embora, de alguma forma, ao longo da vida, cada pai/mãe vá adquirindo certo grau de experiência nesse cuidado. Alguns deles tendem inclusive a se envolver e se introduzir no tema a partir de uma perspectiva profissional, embora a maioria esteja tão ocupada com o cuidado direto de seu filho em condição de deficiência e com a vida diária em si que, mesmo se quisessem, não poderiam abarcar mais. (Dickman e Gordon, 1986)

Esse manifesto de especialistas na matéria deve chamar fortemente a atenção dos profissionais do sistema de reabilitação, a fim de reconhecer o status da família e sua capacidade ou não de fazer parte da equipe colaboradora de reabilitação de maneira ativa, razão pela qual, em muitos casos, as famílias podem necessitar de atenção especializada e processos de reabilitação em paralelo ou simultaneamente ao do filho ou filha com surdocegueira.

Necessidades das famílias de pessoas com surdocegueira:

As famílias de pessoas com surdocegueira congênita e/ou adquirida enfrentam grandes desafios para desenvolver seus papéis e funções, por desconhecer técnicas e estratégias de abordagem em matéria de comunicação, orientação e mobilidade e compreensão das necessidades específicas de seus filhos, ao que se soma a dor pela perda do filho esperado, a incerteza quanto ao futuro e, em alguns casos, a carência de programas e serviços especializados. Por isso, os



serviços de reabilitação devem ser estruturados a partir de uma visão integral de atenção e oferecer programas aos membros da família, tendo em conta que estas requerem:

- Diagnóstico oportuno e assertivo: o profissional ou técnico reabilitador ou a equipe de atenção familiar deve assegurar que a família compreenda o diagnóstico e suas implicações, mas também as possibilidades e potencialidades da pessoa com surdocegueira.

- Atendimento e acompanhamento especializados em matéria psicológica, com a finalidade de superar o luto de forma adequada e alcançar a etapa de adaptação em melhores condições físicas e emocionais.

- Formação técnica na área de comunicação, orientação e mobilidade, adaptações razoáveis dentro do lar, estabelecimento de rotinas acessíveis para todos os membros da família, importância do autocuidado e direitos e deveres das pessoas com surdocegueira e suas famílias.

- Sistemas de apoio e espaços para descanso e alívio. Esses sistemas são necessários para aquelas famílias que têm filhos com surdocegueira que, mesmo sendo reabilitados, requerem apoios significativos para o desenvolvimento das atividades da vida diária. Esses apoios geralmente são fornecidos pela mãe, o que ocasiona esgotamento físico e mental; portanto, contar com redes de ajuda, grupos de pais, espaços para descansar e ter um momento de respiro é fundamental para a saúde mental do cuidador(a), enquanto se garante atendimento de qualidade para a pessoa com surdocegueira.

Da mesma forma, as famílias enfrentam outro tipo de necessidades de caráter:

- Econômico.
- Médico.



- Técnico (auxílios ópticos, próteses auditivas, sistemas de comunicação digitais, entre outros).
- Educacional e social.

A FAMÍLIA E OS CENTROS DE REABILITAÇÃO

Quanto aos centros de reabilitação para pessoas adultas com surdocegueira adquirida e congênita, devem ser considerados todos os aspectos descritos em relação aos desafios familiares para poder apresentar um plano de intervenção integral que leve em conta o atendimento familiar específico e especializado como estratégia de inclusão efetiva dentro da residência da pessoa com surdocegueira a ser reabilitada, para o qual é importante incluir:

- Programas de atendimento psicológico.
- Criação de grupos de apoio de caráter familiar.
- Programas de formação teórico-prática sobre o conceito e tipos de surdocegueira em:
 - Comunicação e seus sistemas alternativos;
 - Orientação e mobilidade;
 - Adaptações razoáveis dentro da dinâmica familiar;
 - Estratégias de autocuidado familiar.

Os centros de reabilitação na área familiar devem levar em conta:

- A importância de potencializar o adequado estabelecimento da relação família–pessoa surdocega, melhorando a qualidade do tempo que esta passa em família.
- conscientizar a família sobre a importância de seu papel na vida da pessoa com surdocegueira e sua função como primeiro sujeito de apoio e agente de mudança social.



A COMUNICAÇÃO COM A PESSOA SURDOCEGA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

Nesta seção apresenta-se, da forma mais simples e acessível, tópicos relacionados à comunicação com e entre as pessoas com surdocegueira, de maneira que cada jovem e adulto(a) com surdocegueira, profissional, pai/mãe, voluntário(a) ou serviço de reabilitação compreenda a essência da abordagem.

Comunicar-se é essencial para a vida do ser humano, permitindo estabelecer relações efetivas, expressar-se, compartilhar e trocar informação entre todas as pessoas de qualquer idade e condição, sendo, portanto, entendido como um ato que implica a transmissão e o intercâmbio efetivo e acessível de uma ou mais mensagens entre uma pessoa e outra e vice-versa (Neri, 2022).

A condição de surdocegueira, seja congênita ou adquirida, acarreta graves problemas de comunicação e de acesso à informação, que é a chave para a efetividade da abordagem e do apoio dentro de um programa ou plano de reabilitação desenvolvido por um centro, um profissional, os pais ou uma comunidade. No contexto da acessibilidade, inclusão, interdisciplinaridade e humanização, pode-se trabalhar em equipe colaborativa. O que se deseja é que todos possam ter acesso à comunicação.

Aspectos básicos sobre comunicação e linguagem

Considera-se oportuno que se tenha clareza sobre o que é comunicação, linguagem e língua (compilações bibliográficas), fazendo um pequeno resumo:

- A linguagem é a capacidade que o ser humano tem de se comunicar e de adquirir uma língua.
- Todos os indivíduos possuem linguagem.
- Nem todas as pessoas falam a mesma língua.



- A língua é o meio de comunicação verbal ou gestual de uma comunidade linguística.
- Um sistema é um conjunto de elementos interdependentes.
- Um sistema de comunicação é composto por signos.
- A língua é um sistema de comunicação porque seus signos reúnem requisitos próprios de um sistema.
- Os signos da língua estão relacionados entre si, são interdependentes, baseados em regras.
- Os signos da língua formam um sistema.
- Todas as pessoas que falam uma língua se entendem por que a têm em comum.
- Nem todos os que falam essa língua o fazem da mesma forma. Há variações por região ou país.
- Embora exista um modelo ou código comum, cada comunidade ou pessoa utiliza esse modelo comum à sua maneira.
- A língua é um fenômeno social comum a todos os indivíduos de uma comunidade linguística, e a fala é um fenômeno individual.
- Em cada país, população ou grupo sociocultural, o uso da língua, da fala ou do sistema de comunicação é distinto e particular.

Para acessar é necessário comunicar-se. É importante conceber a linguagem não apenas como a expressão de palavras, mas como um sistema complexo de compreensão do universo e de interação de mensagens de caráter verbal, gestual e não verbal. Buscar um canal de comunicação otimizado e individualizado para cada jovem e adulto é favorável ao seu processo de ensino-aprendizagem, experiência-compreensão e interação.

O Guia de Apoio para a Surdocegueira (Neri, 2009, p. 106-109), faz referência a Daniel Álvarez, em seu artigo *A comunicação expressiva e receptiva nas pessoas surdocegas*, onde se afirma que:



Em uma avaliação inicial é importante determinar as habilidades comunicacionais de cada indivíduo com surdocegueira. A idade de aparecimento da condição influencia enormemente o desenvolvimento geral, sobretudo o desenvolvimento da linguagem e a aquisição de uma língua. Se a surdocegueira se manifesta antes da aquisição da linguagem, as crianças terão grandes dificuldades para aprender as funções da linguagem; por outro lado, crianças que já desenvolveram a linguagem antes do aparecimento da surdocegueira terão todas as estruturas adquiridas e as conservarão sem problemas, se não ocorrerem circunstâncias especiais. Assim, dependendo dos diferentes fatores mencionados, uma pessoa surdocega pode apresentar:

- A) Comunicação expressiva e receptiva pelo mesmo sistema.
- B) Comunicação expressiva e receptiva por sistemas distintos.

Dessa forma, de acordo com cada uma das quatro categorias principais em que se divide a população com surdocegueira, têm-se estas orientações básicas sobre como costuma ser a comunicação dos indivíduos pertencentes a cada uma delas:

1. Pessoa com surdocegueira congênita:

Normalmente se expressa por gestos naturais ou símbolos concretos, conforme o caso, quando a capacidade intelectual não está comprometida. As crianças podem aprender a usar a língua de sinais e, posteriormente, pode-se introduzir o uso do alfabeto datilológico.

A comunicação receptiva ocorre pelos mesmos sistemas. Em poucos casos se consegue a oralização, ou seja, que a comunicação expressiva seja oral, o que dependerá de ajudas auditivas e terapia de linguagem alternativa.



2. **Pessoa surda congênita com cegueira adquirida:**

Assim como as pessoas surdas congênitas, costumam comunicar-se por meio da língua de sinais como sua língua natural, tanto no nível expressivo quanto receptivo, e continuarão a utilizá-la sem variações enquanto mantiverem o resíduo visual. Quando já não puderem se valer da visão ou a perderem totalmente, deverão adaptar a língua de sinais à versão tátil, isto é, colocando suas mãos sobre as do interlocutor para acompanhar seus movimentos e compreender a mensagem (mão sobre mão).

Os que foram oralizados recebem as mensagens com apoio da leitura labial enquanto sua visão residual permitir. No nível expressivo, nos casos em que receberam tratamento de terapia da linguagem oral, costumam utilizar a língua oral, conforme o nível, com frases ou orações mais ou menos completas.

3. **Pessoas cegas congênitas com surdez adquirida:**

Seu principal sistema de comunicação é a língua oral, tanto no nível expressivo quanto compreensivo, e costumam mantê-lo sem grandes problemas. A partir do momento em que deixam de compreender a linguagem oral, mesmo com o auxílio de aparelhos auditivos, começam a utilizar sistemas de comunicação tátil.

Essa comunicação receptiva ocorre inicialmente por meio de sistemas alternativos, como o alfabeto manual, datilológico. Normalmente não utilizam a língua de sinais e consideram mais satisfatórios os alfabetos manuais por possuírem a mesma estrutura da língua oral.

4. **Pessoas com surdocegueira não congênita (adquirida):**

A surdez e a cegueira surgem após a aquisição da linguagem. Sua comunicação expressiva será oral, mantendo a fala, se não houver circunstâncias excepcionais.



A comunicação receptiva inicial será por meio da escrita na palma da mão ou de sistemas semelhantes, chegando, em poucos casos, a utilizar sistemas de signos (datilológico).

Em qualquer um desses grupos há um fator que influencia decisivamente: os resíduos sensoriais em qualquer um dos dois sentidos. Enquanto a pessoa surdocega puder se orientar aproveitando os resíduos que lhe restem e manter os sistemas de comunicação que já conhece, resistirá a aprender novos sistemas alternativos e a utilizá-los.

É de grande importância a motivação para a aprendizagem de comunicação alternativa nas pessoas com surdocegueira. No trabalho com essas pessoas é essencial compreender e validar os sistemas de comunicação que utilizam e aqueles que podemos empregar para nos relacionarmos com elas, acompanhá-las, trabalhar, alcançá-las, estudar, estar, interagir e incluir.

Os sistemas de comunicação que o jovem ou adulto(a) com surdocegueira utiliza serão melhor determinados, estimulados e aproveitados se se entender a relação que o "ato" comunicativo tem com as "funções" comunicacionais.

Como profissionais, pais ou interlocutores, pode-se estar atento à expressão do rosto, ao momento em que reage de determinada forma, ao som que emite quando não quer algo ou quando está incomodado(a). Assim, as funções de toda comunicação vão desde: protestar, chamar uma pessoa, pedir algo, solicitar mais, entre outras, até saudar, oferecer, confirmar, responder, nomear, questionar e comentar. Finalmente, chega-se à função de brincar, mentir e persuadir.

Na área da comunicação destaca-se também a comunicação por meio do corpo, a importância do trabalho corporal por meio da sensopercepção ou de outra técnica que permita a comunicação por



essa via (às vezes, a única existente), para assim aguçar e confiar em suas percepções, a partir da via proprioceptiva, interoceptiva e cinestésica em geral.

Ser assertivo na comunicação com pessoas com surdocegueira requer ter realizado a avaliação funcional inicial **SOCIEVEN** (Associação Civil Surdocegos da Venezuela) com intervenção imediata, ou seja, observar, agir, interagir, conhecer seu alcance visual e de que maneira ocorre, o alcance auditivo e suas preferências para entrar em seu mundo.

Na certeza de que os profissionais ou técnicos reabilitadores já conhecem e dominam muitos dos sistemas de comunicação com a pessoa com surdocegueira, ressalta-se a necessidade de que esses sejam validados, demonstrando compreensão e aceitação por parte dos profissionais. Todo ato comunicativo entre a pessoa surdocega é válido para ser considerado como um sistema de comunicação.

SISTEMAS VÁLIDOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS PELA PESSOA COM SURDOCEGUEIRA

Faz-se uma compilação dos sistemas válidos de comunicação para que profissionais e famílias compreendam que, se entenderem a pessoa com surdocegueira, ao captar suas mensagens, sendo necessário responder-lhes, validá-las e promover a verdadeira comunicação. A partir disso, avança-se para níveis mais avançados de comunicação e linguagem.

- Choro, piscar de olhos, localização do som, movimento das mãos.
- Expressão facial e sorriso que indicam agrado ou desagrado para que o outro prossiga ou não com o que está sendo feito.



- Produção de sons que variam diante de uma proposta ou outra e que muitas vezes cumprem funções comunicativas de aceitação ou rejeição, brincadeira ou solicitação.
- Movimentos do corpo, das mãos ou da cabeça, reações que indicam algo que a pessoa quer ou que gosta, o que nos leva, portanto, a responder ou confirmar.
- Condutas desafiadoras, rejeitando alguma situação ou tentando dizer algo. Muitas vezes são confundidas com birras, mas são uma forma de comunicação que precisa ser atendida.
- Levar a pessoa até algo, ir até o que quer, levar a mão do adulto (ações).
 - Tocar objetos e pessoas.
 - Apontar objetos ou pessoas.
 - Gestos naturais que são reconhecidos, como tocar partes do corpo para indicar que quer ir ao banheiro, colocar a mão na boca para pedir comida ou mover a mão sinalizando que aproximem algo.
- Vocalizações de diferentes tons que indicam mensagens distintas e podem ser respondidas de forma tátil-auditiva, levando as mãos da pessoa ao nosso rosto e também realizando vocalizações.
- Símbolos em objetos representativos: objetos, sejam reais ou de brinquedo, para representar dinheiro, atividades, desejo por algo ou indicar alguma atividade que será realizada. Também desenhos e fotos. Esse sistema de comunicação contribui para antecipar uma atividade ou ideia e para organizar rotinas quando for adequado ao nível de comunicação.
- Gráficos de situações ou desenhos que eles realizam ou que nós apresentamos ou fazemos junto com eles. Têm um significado.
- Sinais simples que eles utilizam ou que usamos com eles e que servem para compreender e trocar ideias.
- Palavras orais simples.

- Palavras simples escritas em tinta ou em braille.

Quanto à essa primeira parte dos sistemas válidos é importante reconhecê-los, aceitá-los, validá-los e utilizá-los para avançar na comunicação, no desenvolvimento da linguagem e na conquista de maior acessibilidade. Deve-se considerar isso no trabalho com jovens e adultos(as) com surdocegueira que apresentam graves problemas de comunicação nos centros de reabilitação. Recomenda-se o capítulo de Comunicação da *Guia do Apoio para a Surdocegueira*, p. 87 a 117.

Continuamos com os sistemas válidos de comunicação a se considerar quando a pessoa com surdocegueira domina uma língua. **Ximena Serpa (2006)** faz referência a alguns deles:

- **Domínio da língua oral:** utilizada falando e respondendo a mensagens. Alguns recebem a informação por meio da leitura labial (se possuírem resíduo visual aproveitável, que consiste em ver os movimentos da boca) ou pelo resíduo auditivo.



- **Tadoma:** sistema de comunicação não alfabético criado por Sophie Alarcón, que recebeu esse nome a partir dos dois alunos com quem iniciou: Tadeo e Omar. Consiste na percepção, por parte da pessoa surdocega, da posição dos órgãos fonoarticuladores (responsáveis pela fala: boca, bochechas e garganta), para sentir as

vibrações e as diferentes posições que esses órgãos assumem na produção da linguagem oral. Respondem por meio da fala.

- **Domínio da língua de sinais (LS):** utilizada realizando os sinais dentro do campo visual da pessoa com surdocegueira (comum para pessoas com Síndrome de Usher) ou perto do rosto para aquelas que têm catarata ou baixa visão; ou ainda de forma tátil, utilizando o método mão sobre mão, em que as mãos da pessoa surdocega são colocadas sobre as do interlocutor para irem acompanhando a mensagem que este for transmitir. A pessoa responde em língua de sinais, se a dominar, ou por gestos naturais, toques e movimentos que o outro compreende.



É de suma importância compreender a situação das pessoas com **Síndrome de Usher**, bem como fortalecê-las e apoiá-las. Para isso, existem os *Guias Práticos da Síndrome de Usher* (Neri, Ramírez, 2022).



- **Domínio da língua escrita (tinta e braille):** a língua escrita também compreende o uso de cartazes, palavras escritas e mensagens para transmitir informações

Para as pessoas com surdo-cegueira e vice-versa.

Facilita-se a acessibilidade ao possibilitar o uso de letras grandes, marcador de ponta fina preta ou algum contraste, se necessário (ver capítulo 12, "Reabilitação Visual").

- **Braille tátil:** Adaptado nas falanges do dedo indicador (três posições correspondem aos pontos 1-2-3) e do dedo médio (três posições correspondem aos pontos 4-5-6).



- **Meios técnicos com saída Braille:** São sistemas utilizados pela pessoa surdocega que conhece o braille. Existe o Tell a touch, que é uma máquina mecânica e portátil (como uma máquina de escrever), a qual possui na parte frontal um teclado comum e um teclado para escrita braille, e na parte traseira uma célula onde sai cada letra pressionada na frente pelo(a) interlocutor(a), sendo lida pela pessoa com surdocegueira na célula como um sinal gerador em braille. Da mesma forma, utiliza-se o computador e a linha braille para comunicação à distância.



- **Alfabeto na palma da mão:**

para que o interlocutor capte a mensagem e responda falando ou por sinais (considerando que a pessoa com surdocegueira lê, fala ou falava antes). Baseia-se em uma língua verbal. Utiliza-se o



alfabeto na palma da mão da pessoa, soletrando palavras e frases. Usa-se maiúscula ou minúscula dependendo do que a pessoa com surdocegueira decidir. O alfabeto tátil escrito também pode ser utilizado no braço, na testa ou na perna da pessoa com surdo-cegueira, dependendo de como foi utilizado pela primeira vez. Vale a pena ensinar o uso na palma da mão, pois é mais social.

- **O dedo como lápis:**

Implementado por Yolanda Rodríguez, adulta com surdocegueira adquirida total, líder do movimento de adultos com surdocegueira na região. Recebe a mensagem escrevendo com o dedo, como um lápis, na palma da mão do interlocutor.



- **Placas alfabéticas:** Existem dois modelos de placas que possuem as letras comuns escritas em maiúsculas em tinta ou em braille em relevo (com a letra correspondente sobre cada símbolo), e o interlocutor vai apontando cada letra para formar uma palavra com o dedo da pessoa surdocega. Servem tanto para transmitir mensagens quanto para recepção tátil, colocando a ponta do dedo indicador sobre cada letra buscada. As placas podem ser feitas com material reciclável; a ideia é que sejam portáteis e que a pessoa com surdocegueira as utilize e leve consigo.



- **Datilológico:** Pode ser visual ou no ar, visual-tátil, tátil ou na palma da mão. O datilológico surge do alfabeto manual da língua de sinais; na maioria das vezes baseia-se no sinal de cada letra do alfabeto, adaptado de forma tátil à palma da mão. Assim, soletram-se as palavras que formam uma mensagem, e a pessoa com surdocegueira a capta, a antecipa e responde falando, usando língua de sinais ou outro meio, dependendo de suas características próprias, e assim sucessivamente. Você pode aprender o datilológico no tutorial da @socieven.



- **Recursos tecnológicos.** Os smartphones e tablets, devidamente adaptados, permitem acessar a comunicação e as redes



sociais mais utilizadas na atualidade, aumentando consideravelmente as possibilidades de comunicação com o mundo ao redor.

Até o momento, sabe-se que uma pessoa com surdocegueira pode utilizar diferentes sistemas válidos para se comunicar, receber a mensagem e enviá-la ao/à interlocutor(a) de diversas formas. Ter ao seu alcance uma comunicação alternativa que lhe permita comunicar-se, mesmo quando mudam as condições do ambiente (como a luz apagada em um cinema), e compartilhar com a comunidade.

Como se sabe, o sistema de comunicação é escolhido em conjunto com a pessoa com surdocegueira e suas características. A forma de utilizá-lo depende do seu nível de comunicação, da condição de sua perda visual e auditiva, da origem (se é congênita ou adquirida), da ordem e do modo como perdeu os sentidos da visão e da audição.

Existem diferentes formas de comunicação para facilitar o acesso pelas pessoas com surdocegueira. Compreender as formas de comunicação (Neri, 2009) contribui para que se tenham elementos que facilitem a comunicação. As formas são as adaptações necessárias para realizar o ato comunicativo, as quais serão executadas dependendo da condição física (perda visual e auditiva) da pessoa e do sistema de comunicação válido (língua de sinais, braille, língua oral, gestos naturais, gráficos etc.) que utilize. Desse modo, as formas de comunicação realizam-se: em seu corpo, perto de seu rosto, dentro de seu campo visual, sob suas mãos, na palma da mão, utilizando volume alto de voz, dirigindo ou movendo seus dedos ou suas mãos, por meio de aparelhos especiais, meios técnicos com saída braille como a máquina Tell'a Touch, quadros ou materiais elaborados especiais, amplificadores de som, implante coclear, quadros de letras ou fichas, computadores e outros, meios eletrônicos com saída braille: computadores.



Para contribuir na captação completa da informação durante atividades com essas pessoas, recomenda-se o que se denomina maneiras de entrar no mundo das pessoas com surdocegueira, como utilizar a estratégia das posições de ressonância, coativa e interativa, inspiradas na Abordagem do Movimento de Van Dijk (1976). Neste caso, nos exemplos de comunicação utilizados nas fotos apresentadas, o ato comunicativo está sendo realizado de forma interativa (um de frente para o outro). Existe também a posição de ressonância (o(a) profissional atrás do adulto(a), realizando a atividade com suas mãos junto à pessoa com surdocegueira, que coloca suas mãos sobre as do profissional para captar a informação, continuando depois sozinho) ou em coativo, em que estão lado a lado e o profissional dirige a mão da pessoa com surdocegueira — que a mantém sobre a sua — para que capte o todo e possa continuar sozinha.

Cabe destacar que não se trata de puxar ou agarrar a mão da pessoa com surdocegueira, mas sim de guiá-la e auxiliá-la a promover a compreensão, motivando-a a seguir de maneira independente.

Quando se compreende o que é a pessoa com surdocegueira e o que acontece com ela, já se tem boa parte da batalha ganha. A aceitação da pessoa tal como ela é e a compreensão do porquê de suas ações é mais fácil do que se pensa, mais simples do que se imagina. Entende-se o que lhe acontece e isso incentiva a agir.

A situação das pessoas surdocegas com graves problemas de comunicação deve ser abordada e inserida nos processos de desenvolvimento e, especialmente, no da linguagem. Para isso, os/as profissionais ou técnicos reabilitadores podem apoiar-se no capítulo de comunicação do **Guia de Apoio para a Surdocegueira (2009)**. Ver bibliografia on-line.



A chave é criar e manter um ambiente comunicacional junto à pessoa com surdocegueira; trata-se da atitude que temos como pais e profissionais. Para isso, é necessário dispor de uma língua comum.

Na avaliação com intervenção imediata, na qual desde o primeiro momento se estabelecem vínculos, entra-se em seu mundo e no de sua família, a avaliação integral e funcional, natural e orgânica, baseada no que a pessoa é, no que faz, no que tem, em seu ambiente natural e em suas fortalezas.

Os/as profissionais trabalham em equipe colaborativa, coerente e democrática, integrando a família como parte ativa, valiosa e importante da própria equipe.

ELEMENTOS PARA CONHECER AS CARACTERÍSTICAS DA PESSOA COM SURDOCEGUEIRA AO INGRESSAR EM UM SERVIÇO DE REABILITAÇÃO

Neste ponto aborda-se o aspecto clínico da surdocegueira. Esse processo é realizado com base em uma equipe colaborativa, trabalhando em conjunto com a participação das próprias pessoas com surdocegueira, de sua família, dos(as) profissionais envolvidos, entre outros. A esse respeito, **Sánchez (2023)** assinala:

A área médica não deve separar-se da área de reabilitação das pessoas com surdocegueira, porque tanto a pessoa em reabilitação quanto sua família precisam conhecer os riscos associados aos padrões genéticos. Com essas informações, a pessoa com a condição e a família terão capacidade de decidir em favor de sua descendência. Também é fundamental que, às pessoas com Síndrome de Usher, os médicos forneçam toda a informação sobre os riscos no momento de indicar a necessidade de uma cirurgia ocular.



Avaliações que devem ser consideradas para uma melhor abordagem de reabilitação:

- **Relatórios médicos**, para estar a par da situação atual de sua condição (visão, audição, entre outros).
- **Avaliação funcional**, para conhecer as características individuais, interesses próprios, potencialidades, habilidades e competências que proporcionam maior desempenho e desenvolvimento independente e autônomo. Todas essas informações são obtidas com base em uma comunicação adequada, que permite determinar o nível de funcionalidade.
- **Entrevista pessoal**, para conhecer seus gostos, preferências, medos e expectativas. Se necessário, de acordo com seu nível de comunicação, a entrevista pode ser realizada com um familiar.

Considerando o indivíduo como um todo, além de realizar avaliações médicas ou especializadas no contexto clínico, para obter resultados adequados, recomenda-se realizar avaliações funcionais, confortáveis, em ambientes orgânicos, isto é, próprios dessas atividades, onde possam demonstrar suas habilidades (rua, a cozinha, o momento das refeições, de estudo, entre outros).

Existe ampla bibliografia que inclui a avaliação funcional inicial para pessoas com surdocegueira, dentre as quais se destaca o **Guia de Apoio para a Surdocegueira da SOCIEVEN**. Essa avaliação é uma ferramenta bastante fidedigna no reconhecimento da pessoa com surdocegueira, de suas características, da comunicação e da funcionalidade residual. Essas informações permitem definir as diferentes necessidades e o tipo requerido de intervenção, dependendo da condição apresentada pelo jovem, adulto(a) ou idoso(a) com surdocegueira congênita ou adquirida.

Para a avaliação e ingresso em um serviço de reabilitação, recomenda-se também o uso da **Classificação Internacional de**



Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS CIF, 2001), com o objetivo de oferecer uma linguagem unificada, centrada em informações objetivas relacionadas à saúde e que cumpre um propósito multidimensional, pois abrange diferentes áreas.

Pode-se deduzir que essa classificação se tornou uma peça importante quando se fala de reabilitação, abrangendo não apenas a área do déficit funcional e da deficiência, mas também a participação, tornando-se um documento confiável na descrição do funcionamento humano.

A CIF, além de fornecer informações sobre a saúde, oferece um questionário de funções corporais e estruturais, que pode ser utilizado como instrumento de avaliação complementar, auxiliando na elaboração de um plano de apoio para criar novas estratégias de aprendizagem e desenvolvimento.

A seguir, resumem-se as principais funções a serem avaliadas, segundo a CIF, em jovens e adultos(as) com surdocegueira:

Identificação das funções corporais:

Função sensorial visual: Funções de acuidade visual; funções do campo visual; qualidade da visão; funções relacionadas à percepção de luz e cor; acuidade visual para longa ou curta distância; visão monocular e binocular; qualidade da imagem visual. (Ver capítulo sobre Baixa Visão)

Função sensorial auditiva: Funções auditivas, discriminação auditiva, localização da fonte sonora, lateralização do som e discriminação da fala.

Função sensorial olfativa: Funções sensoriais relacionadas à percepção de odores e aromas.

Função sensorial gustativa: Funções sensoriais relacionadas à percepção das qualidades do sabor doce, salgado, amargo e azedo.



Função da voz e da fala – Voz: Funções de produção e qualidade da voz, fonação, tom e volume.

Função da voz e da fala, articulação: Funções de enunciação e articulação de fonemas.

Função da voz e da fala, Fluidez e ritmo: Funções de fluidez, ritmo, velocidade e melodia da fala.

Função da voz e da fala, vocalização: Funções de produção de notas e alcance sonoro, como cantar, entoar, balbuciar, chorar em voz alta e gritar.

Função sensorial tátil: Funções relacionadas à percepção das superfícies dos objetos, sua textura ou qualidade.

Temperatura: Funções sensoriais relacionadas à percepção de temperatura, vibração, pressão e estímulos nocivos.

Função sensorial e dor: Sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou mais partes do corpo, incluindo dor em dermatomas, dor aguda, queimação e dor difusa.

Função sensorial vestibular: Funções de posição e senso de posição; funções de equilíbrio e movimento.

Função sensorial proprioceptiva: Funções sensoriais relacionadas à percepção da posição relativa das partes do corpo.

Função neuromusculoesquelética, Mobilidade: Funções relacionadas à mobilidade de uma ou mais articulações vertebrais, ombro, cotovelo, quadril e pequenas articulações das mãos e dos pés.

Função neuromusculoesquelética, Estabilidade: Funções relacionadas à estabilidade das articulações.

Função neuromusculoesquelética, Mobilidade dos ossos: Funções relacionadas à amplitude e suavidade de ossos específicos como a escápula, a pelve, ossos carpais e tarsais.

Função muscular e força muscular: Funções associadas à força de músculos específicos e grupos musculares de todo o corpo.



Tônus muscular: Funções relacionadas à tensão dos músculos de todas as extremidades do corpo.

Função muscular, resistência muscular: Funções relacionadas à manutenção da contração de um músculo isolado e de grupos musculares.

Função do movimento – Reflexos motores: Funções relacionadas ao reflexo de extensão, reflexos articulares, reflexos gerados por estímulos nocivos e outros estímulos.

Função do movimento: Funções relacionadas às reações posturais, de endireitamento, adaptação corporal e equilíbrio.

Função do movimento, controle voluntário: Funções relacionadas aos movimentos voluntários simples e complexos e à coordenação.

Funções do movimento involuntário: Funções relacionadas a contrações não intencionais, involuntárias ou sem propósito final.

Função do movimento, padrão de caminhada: Padrões para andar e correr.

Função do movimento, músculos e movimento: Sensações associadas aos músculos ou grupos musculares do corpo e ao seu movimento.

Função psicossocial global e função do temperamento e da personalidade:

Atenção, memória, funções psicomotoras, aspectos emocionais, pensamento, cognição, cálculo, movimentos complexos e experiências.

Esse processo de avaliação permite ao profissional ou técnico reabilitador aproximar-se do conhecimento das habilidades funcionais de cada indivíduo, que, em determinado momento, podem modificar o processo de reabilitação e, portanto, devem ser consideradas antes de elaborar o Plano de Intervenção.



PREVENÇÃO E FATORES DE RISCO DA SURDOCEGUEIRA

Outro aspecto de grande importância que o(a) profissional ou técnico reabilitador deve considerar é o relacionado à prevenção e aos fatores de risco da surdocegueira.

De acordo com o relatório global sobre pessoas com surdocegueira da ASOCIDE, a surdocegueira representa entre 0,2% e 2% da população mundial, e o desconhecimento sobre essa condição faz com que não se reconheça a devida relevância, o que contribui para que as barreiras sejam ainda maiores (ASOCIDE, 2018). Isso pode interferir na abordagem do processo de reabilitação das diferentes causas da surdocegueira, podendo não ser a mais adequada.

No mesmo sentido, conforme aponta o relatório da Organização Pan-Americana da Saúde, na maioria dos países da América Latina tornam-se cada vez mais relevantes as deficiências decorrentes de doenças crônicas e degenerativas, relacionada a fatores de risco comportamentais modificáveis, como consumo de tabaco, sedentarismo, alimentação insalubre, uso nocivo de álcool, alta ingestão de alimentos processados e estresse.

Esses fatores aumentam o risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (OPS, 2022).

Os dados indicam um aumento da população idosa, com maior probabilidade de apresentar deficiência (congenita ou adquirida), além de limitações funcionais ou estruturais, como baixa visão/hipoacusia e cegueira/surdez (incluindo a combinação de ambas), associadas a doenças crônicas não transmissíveis.

Essas projeções estatísticas mostram a necessidade de estratégias para prevenir, atender e reabilitar esse grupo populacional suscetível a desenvolver surdocegueira. A equipe de reabilitação deve considerar três níveis de prevenção:



Prevenção primária

Medidas voltadas à promoção da saúde na população saudável, para evitar o aparecimento de doenças, por meio do controle de fatores causais e de risco ou condicionantes para a surdocegueira.

Estratégias: promoção da saúde, educação em saúde / sensibilização / conscientização, cuidados primários com a saúde da visão e audição; saúde materna pré-natal, aconselhamento genético, mudanças no estilo de vida do jovem e do idoso, centradas em promover hábitos adequados de alimentação, saúde, atividade física e controle do estresse, educação sobre as consequências do abuso de álcool e/ou tabaco.

Prevenção secundária

Voltada ao diagnóstico precoce de doenças incipientes, ainda sem manifestação clínica. Significa a busca por sujeitos com fatores de risco. Na prevenção secundária o diagnóstico precoce, a triagem (testes de screening e rastreio) e o tratamento adequado são essenciais. Possuem grande relevância: O diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis; reforçar nos adultos a adesão a tratamentos oftalmológicos e auditivos para evitar maior perda de visão ou audição; avaliar as possibilidades de que procedimentos cirúrgicos ponham em risco o resíduo visual ou auditivo; uso e manutenção adequada de próteses auditivas e implantes etc.

Estratégias: cuidados com o ouvido, proteção contra ruídos e traumas, evitar automedicação, orientação sobre medicamentos ototóxicos, uso de proteção ocular em atividades de risco de trauma; testes genéticos em caso de histórico familiar de retinose pigmentar ou problemas de audição ou visão. (Serviço de Informação sobre deficiência, 2022). Além disso, a única forma de prevenir a



surdocegueira congênita é a vacinação contra rubéola. Cuidados durante a gestação e realização dos exames de acompanhamento com ultrassonografia (ICBF Surdocegueira s/d). Testes seletivos de audição (screening) em recém-nascidos ou crianças de 7 a 9 meses, antes de frequentar a escola. Triagem da retinopatia da prematuridade em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) ou agendar avaliação no primeiro mês. Detecção precoce de pessoas com surdo-cegueira. Avaliação clínica por oftalmologista/ fonoaudiólogo/

otorrinolaringologista. Determinar a capacidade visual/auditiva. Eletrofisiologia visual/auditiva. Estudo audiométrico. Tratamento imediato à pessoa surdocega.

Prevenção terciária: refere-se a ações relativas à recuperação da doença já manifestada clinicamente, mediante tratamento adequado das complicações, garantindo a reabilitação oportuna das sequelas oculares/auditivas, bem como das que delas derivem.

Para isso, as estratégias mais importantes são: disponibilização de serviços e fornecimento de próteses e ajudas técnicas (aparelhos auditivos/lupas). Garantir a inclusão no sistema educacional e no mercado de trabalho. Serviços de reabilitação acessíveis, apropriados e bem equipados. Aconselhamento genético para casais com fatores de risco hereditários (evitar consanguinidade, casamento entre pessoas surdocegas etc.).

Formação e atualização dos profissionais que atendem a pessoa surdocega.

Por outro lado, a condição de surdocegueira em si pode agravar-se quando é progressiva; por essa razão, também se deve prevenir maiores perdas do resíduo visual e/ou auditivo, tornando-se necessário que o(a) profissional ou técnico reabilitador esteja atento à causa da doença que a pessoa surdocega apresenta. Da mesma forma, é



possível que a perda da visão ou da audição aumente, daí a importância do trabalho da equipe interdisciplinar para escolher as abordagens, cuidados especiais, ajudas técnicas, entre outras intervenções, que evitem a progressão da condição para estados mais avançados.

Por fim, incentivamos todos os leitores deste manual a se entusiasmarem para trabalhar com pessoas com surdocegueira em qualquer de seus tipos. Que, quando esses jovens, adultos ou idosos se aproximarem de um serviço ou centro de reabilitação, recebam um “sim” como resposta, e encontrem equipes de profissionais ou técnicos reabilitadores com desejo de tentar entrar em seu mundo, de se formar e de lhes oferecer uma melhor qualidade de vida.

Estamos de acordo com María (2022), que indica que: “A reabilitação da pessoa com surdocegueira também pode começar precocemente, com um compromisso entre a educação e os serviços de reabilitação. Esse processo pode iniciar-se no ensino secundário entre membros da equipe educacional, membros dos serviços de reabilitação, a família e a pessoa com surdocegueira.

A reabilitação da pessoa com surdocegueira requer uma valorização contínua das habilidades e dos desafios que se apresentam para determinar os apoios necessários, implementar e reavaliar continuamente as metas estabelecidas.”

A pessoa com surdocegueira requer apoios significativos, moderados ou intermitentes para transitar pela vida universitária ou técnica, o trabalho, a família e a comunidade. Apoios nas áreas de comunicação, orientação e mobilidade e atividades pessoais, o que requer pessoas preparadas para facilitar seu desempenho de forma otimizada.

Para aqueles que estejam interessados em ampliar seus conhecimentos sobre surdocegueira, propostos por adultos com



surdocegueira, aplicáveis à reabilitação, aos direitos e a outros temas relacionados a essas pessoas, existe uma variedade de documentos e links que podem ser utilizados para consulta, como por exemplo na página da World Federation of the Deafblind, Federação Mundial de Pessoas Surdocegas (WFDB). Documento sobre o risco de exclusão da implementação da CDPD e dos ODS: Desigualdade e pessoas com surdocegueira. Relatório global final (2018).



ANEXO I

RESULTADOS DA PESQUISA SOBRE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM SURDOCEGUEIRA

Bermúdez, Neri, Quintero, Requena e Sánchez (novembro de 2022)

OS RESULTADOS OBTIDOS NA PESQUISA FORAM OS SEGUINTE:

1. 100% consideram importante conhecer sobre reabilitação para pessoas adultas com surdocegueira de origem congênita e adquirida, para poder oferecer o suporte adequado, acompanhá-las, que consigam avançar, que tenham qualidade de vida, proporcionar um tratamento adequado, utilizar comunicação alternativa e apoiar seu familiar para ser independente.

2. 85% consideram que um programa de reabilitação deve incluir a vida independente (habilidades da vida diária, autonomia), apoio na habilitação e reabilitação laboral e/ou profissional, abordagem da comunicação: sistemas de comunicação alternativa e aumentativa, apoio na inclusão educacional, abordagem e atenção especializada ao grupo familiar, equipe colaborativa, uso máximo do resíduo visual e auditivo, assessoria médica para a prevenção da surdocegueira total, autorreconhecimento, aceitação da condição e acompanhamento específico quando necessário.

3. 100% (85) dos participantes responderam à pergunta sobre as áreas de atendimento que consideram que um programa de reabilitação para pessoas com surdocegueira deve ter (resposta de múltipla escolha), e a maioria considera todas, mas evidencia-se maior escolha nas seguintes: braille, orientação e mobilidade, atividades da vida diária, estimulação e desenvolvimento, uso funcional dos sentidos, inclusão profissional, acesso à comunicação e à informação, acesso à



tecnologia, orientação tecnológica, inclusão educacional, laboral e/ou profissional, habilidades e destrezas em ofícios, área familiar, recreação, comunicação alternativa e/ou aumentativa, assessoria médica para a prevenção da surdocegueira total, leitura e escrita, área física, terapia da linguagem oral e matemática.

De forma adicional, integração social, língua de sinais local como área de atendimento, domínio de redes sociais para a integração da pessoa com surdocegueira, educação sexual integral, empreendedorismo, assessoria jurídica, sensibilização do setor público, considerar aquelas pessoas que têm a condição de surdocegueira associada a outra deficiência que requer outro tipo de apoio, assim como suas famílias. A criação de centros Dia ou espaços onde a família tenha tranquilidade de que seu familiar será apoiado, enquanto continuam com suas atividades laborais ou de vida.

4. Outros aspectos recomendados são: acessibilidade tecnológica; criação de grupos de apoio e acompanhamento; promoção da formação de grupos regionais ou setoriais para facilitar a inclusão comunitária; orientação para cuidar, em todos os aspectos, de uma criança surdocega com outras patologias; apoio nas atividades acadêmicas em escolas regulares durante a etapa escolar; necessidade de muitas adaptações e adequações de materiais para garantir acessibilidade na inclusão escolar, universitária e profissional; realização periódica de campanhas que permitam que o maior número possível de pessoas conheça a existência dessa condição, suas medidas preventivas e programas de reabilitação; preparação de pessoal especializado e com vocação para o serviço de apoio à população; desenvolvimento de atividades físicas para prevenção e controle da saúde; promoção do acesso a equipamentos tecnológicos que ajudem no avanço e progresso nas áreas educacional e profissional; divulgação de convênios com órgãos públicos da área; orientação sexual; maior



difusão do tema; formação em novos programas de saúde preventiva; neurologia clínica; apoio psiquiátrico; informações sobre avanços na pesquisa científica em torno da cegueira; possibilidades genéticas para oferecer às famílias a oportunidade de decidir sobre sua reprodução, considerando a prevenção dessa condição; motivar pessoas com essa condição e suas famílias a serem agentes multiplicadores do reconhecimento da surdo-cegueira; envolver mais os(as) educadores(as) para ampliar a inclusão; formação em empoderamento e liderança.



BIBLIOGRAFIA:

Álvarez, D. (2000.). El sistema de comunicación Dactyls. Tercer Sentido, 31, julio. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Álvarez Reyes, D., Arregui Noguera, B., Cenjor español, C., García Dorado, M., Gómez Viñas, P., Martín Hernández, E., Martín-Blas Sánchez, A., Martín Sastre M., Puig, S., Samaniego, V., Reguera Muñoz, M., Romero Rey, E., Santos Plaza, C. y Zorita Díaz, M. (2004). La Sordoceguera. Un análisis Multidisciplinar. 1ª edición: Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE). Madrid.

ASOCIDE (2018) Nadie se queda atrás: informe global sobre personas con Sordoceguera. [Documento online]. Disponible: <https://www.asocide.org/principal/nadie-se-queda-atras-informe-global-sobre-personas-con-sordoceguera/>

Asociación Española de familia con Personas con Sordoceguera. (2006). La Sordoceguera. Definición Causas y complicaciones. [Documento online]. Disponible: www.asocide.org/personas-sordociegas/definición

Centro educativo Ponce de León (2013). Papel de la familia con personas sordociegas, [Documento online]. Disponible: http://www.ponceleon.org/ilse/index.php?option=com_content&view=article&id=100:papel-de-la-familia-con-personas-%20sordociegas&catid=33:ppsss&Itemid=101

Collins, M. et al, (2003) Pautas sobre las mejores prácticas para la prestación de servicios destinados a las personas sordociegas, Subcomisión de Políticas de Deafblind International

Conferencia Mundial Helen Keller. (2018) Consulta sobre el cuidado de la salud Benidorm España 24-26 de junho. XI Conferência. [Documento online]. Disponible:



<https://www.fasocide.org/2018/07/17/hkwc-2018-nuestros-derechos-nuestra-voz-nosotros-lideramos-el-camino/>

Federação Mundial de Surdocegos (WFDB) Informe Global 2018. [Documento online]. Disponible: <https://wfdb.eu/es/wfdb-report-2018/deafblindness-and-health/>

Goñi, M., Martínez, M., Zardoya, A. e Martínez, N. (2009). Guía para el personal de Apoyo. Autodeterminación. [Documento online]. Disponible:

<http://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/autodeterminacion-guia-para-el-personal-de-apoyo>

Gómez, R (2000). La Sordoceguera. Intervención Psicopedagógica. En: Martínez, I. (coord.) e Villalba, R. (din). Aspectos evolutivos educativos de la deficiencia visual. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles, Dirección de Educación, vol. II (pp. 207-264).

ICBF Cartilla Sordoceguera. (s/f) [Documento online]. Disponible: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla-sordoceguera3.pdf>

Kasper, D et al (2016) Harrison. Principios de Medicina Interna, Editorial McGraw-Hill Interamericana S.L. 19a ed. España.

Neri de Troconis, M. (2009). Guía de Apoyo para la Sordoceguera. [Livre online]. Disponible: www.perkinsla.org/recursosbiblio/guia_apoyo_sordocegueraSocieven.pdf

Organização mundial da Saúde (2018) Envejecimiento y salud. Datos y cifras. [Documento online]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>

OMS (2001) Classificação Internacional da funcionalidade, deficiência e saúde (CIF) [Documento online]. Disponible:



https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

OPS (2022) Enfermedades no transmisibles. [Documento online]. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

Organización Nacional de Ciegos Españoles (2004) La Sordoceguera. Un análisis multidisciplinar (Coord.) Pilar Gómez Vivas e Eugenio Romero Rey ONCE 1ª Edição. Madri.

Organización Nacional de Ciegos Españoles. La Sordoceguera. Un Análisis Multidisciplinar. Daniel Álvarez Reyes, Beatriz Arregui Nogue, Carlos Cenjor Español, Myriam García Dorado, Pilar Gómez Viñas, Elvira Martín Hernández, Ángel Martín-Blas Sánchez, M.a Teresa Martín Sastre, M.a Victoria Puig Samaniego, M.a Alta-gracia Reguera Muñoz, Eugenio Romero Rey, Carlos Manuel Santos Plaza, M.a Mar Zorita Díaz. 1ª edición: Madri, 2004
<https://es.scribd.com/document/366291391/Familia-y-Sordoceguera-Capitulo-07> M.ª Victoria Puig Samaniego, M.ª Altagracia Reguera Muñoz [Documento online]. Disponible:
http://www.ponceleon.org/ilse/index.php?option=com_content&view=article&id=100:papel-de-la-familia-con-personas-sordociegas&catid=33:ppsss&Itemid=101

Prevención Sin Barreras (s/f) Persona Sordociega. [Documento online]. Disponible:

<https://www.youtube.com/watch?v=eqEsgtJvGgI>

Pina, J. (2000). Manifiesto por la Autodeterminación del Individuo. [Documento online]. Disponible:
<http://www.juanpina.com/manifiesto-autodeterminacion-individuo>.

Servicio de Información sobre Discapacidad (2022) ¿Qué es la sordoceguera? Síntomas, causas y prevención. [Documento online].



Disponível: <https://sid-inico.usal.es/noticias/que-es-la-sordoceguera-sintomas-causas-y-prevencion>

SENSE Reino Unido. Deafblind-manual. [Documento online].

Disponível: <https://www.sense.org.uk/information-and-advice/communication/deafblind-manual/>

BIBLIOGRAFÍA ONLINE: COLECCIÓN SORDOCEGUERA

- Guía de Apoyo para la Sordoceguera (Guia de apoio para a Surdocegueira)

María Luz Neri de Troconis

Link do drive:

<https://drive.google.com/file/d/1qe8dyCuldYZ4pINg5zYp-DgFZREzxnUb/view?usp=sharing>

- Avaliação Funcional

Link do Drive:

<https://drive.google.com/drive/folders/1tyqFrsXFRWP0Fmh5EgjwCopPwClK8vdk?usp=sharing>

- Micro Depoimentos: "Conheço minha Surdocegueira por Síndrome de Usher": Entrevista com 4 mulheres com Síndrome de Usher (SU) Tipo I e II. Compartilhando suas histórias de auto-reconhecimento condição de Surdocegueira por SU (em español)

Link vídeo do YouTube: <https://youtu.be/5uaq2aamX0w>

Link vídeo no Drive:

https://drive.google.com/file/d/184GCIDQ6FpQUyKgLXDSwjT3uLxWy8CVx/view?usp=share_link

- GUIA 1: CONHEÇO MINHA SURDOCEGUEIRA POR SÍNDROME DE USHER:

- Seus protagonistas compartilham sua história de autorreconhecimento e sua condição de surdocegueira por Síndrome de Usher (em español).

- Link vídeo YouTube: <https://youtu.be/XOhRKX9g8Jg>



Link PDF no Drive:

https://drive.google.com/file/d/1hNvwHORu7Bvs0Kq-BxqwGkfAE27R2jD6/view?usp=share_link

- GUIA 2: O QUE FAZEMOS PARA MELHORAR NOSSA VIDA E ACESSIBILIDADE:

Neste guia, seus protagonistas falam a partir de sua experiência, o que permitirá ampliar informações sobre a Síndrome de Usher (em espanhol).

Link do vídeo no YouTube: <https://youtu.be/okO6XLzPFPQ>

Link do PDF no Drive:

https://drive.google.com/file/d/1YVR5WETeF2fhkPIdgzFf0ey-PKErMk1I/view?usp=share_link

- GUIA 3: ENTENDEMOS A GENÉTICA DA SÍNDROME DE USHER:

Este guia permitirá a compreensão desse tema, o autorreconhecimento e a inclusão das pessoas com surdocegueira por Síndrome de Usher (SU), cuja informação poderá ser compartilhada com seus parceiros, familiares, colegas, estudantes e amigos (em espanhol).

Link do vídeo no YouTube: <https://youtu.be/HP2jXNIDlgs>

Link do PDF no Drive: https://drive.google.com/file/d/1_G588b9p0_J-wsV6ukytrvQPfqPC5TWX/view?usp=share_link

Tercer Sentido, Revista sobre Surdocegueira, Artigo nº 21. Madri: 1995.

Serpa, Ximena, 2006. "LA SORDOCEGUERA ADQUIRIDA EN UNA COMUNIDAD OYENTE Y VIDENTE", PRIMEIRO CONGRESSO VIRTUAL INTERNACIONAL SOBRE SURDOCEGUEIRA.

Declaração das Necessidades Básicas das Pessoas com Surdocegueira:



<https://flasc.org/declaracion-de-las-necesidades-basicas-de-las-personas-sordociegas/>

Pautas sobre las Mejores Prácticas para la Presentación de Servicios destinados a las personas sordociegas (DbI, 2006):

https://www.deafblindinternational.org/?media_dl=3221

<https://wfdb.eu/es/wfdb-report-2018/> Relatório inicial da WFDB em espanhol

Deafblind International DbI; (2023). [Online] disponível em: <https://www.deafblindinternational.org/dbi-review/dbi-review-spanish/> [Consulta: 26 de janeiro de 202]

Deafblind International DbI; (2023). [Online] disponível em: file:///C:/Users/SOCIEVEN/Downloads/DBI_Review_April_2020_es.pdf [Consulta: 26 de janeiro de 2023]



CAPÍTULO 15. DESENVOLVIMENTO INCLUSIVO BASEADO NA COMUNIDADE

Autoras:

- **Cúmes Salazar, Claudia Albertina.** Professora de Ensino Médio, Guatemala.
- **Garro Aragón, Hazel Ivannia.** Professora de Ensino Especial com Ênfase em Deficiência Visual, Costa Rica.



INTRODUÇÃO

No presente capítulo, realiza-se uma revisão histórica do surgimento da Reabilitação Baseada na Comunidade, quais são seus componentes, a quem se destina e como foi se articulando até chegar ao que hoje se denomina “Desenvolvimento Inclusivo Baseado na Comunidade”, bem como sua incidência no contexto latino-americano.

A Reabilitação Baseada na Comunidade permite criar oportunidades, envolver a comunidade/sociedade com o objetivo de apoiar e responder às necessidades de reabilitação de pessoas adultas com deficiência visual de regiões ou localidades distantes, que não podem se deslocar para receber os serviços, os quais geralmente se encontram localizados nas grandes cidades.

Trata-se de uma estratégia em nível socioeconômico e de inclusão, que permite a equiparação de oportunidades nas diferentes regiões da América Latina para pessoas com deficiência visual. A reabilitação baseada na comunidade busca envolver diversas entidades que possam ser necessárias para conseguir, nessas pessoas, o maior grau possível de autonomia e independência. Define papéis, atores e diretrizes que orientam a estratégia, bem como os diferentes componentes que a desenvolvem.

Por meio dessa estratégia, as pessoas com deficiência e suas famílias podem acessar os serviços necessários e vincular-se com entidades, instituições comunitárias ou profissionais, os quais constituem uma ponte de acesso à educação e à reabilitação, com a finalidade de eliminar as barreiras que impedem que as pessoas com deficiência desenvolvam um papel ativo em sua comunidade.

É importante destacar a formação de profissionais ou técnicos que possam oferecer esses serviços em nível comunitário às pessoas com deficiência visual, assim como guias ou manuais de programas de



orientação necessários para cumprir a tarefa de maneira otimizada, oferecendo um serviço de qualidade aos beneficiários.

REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE

Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde impulsionou a Reabilitação Baseada na Comunidade, que consiste em designar, dentro dos serviços hospitalares, uma pessoa que desempenha o papel de promotor(a) de saúde, que visita as pessoas com deficiência em domicílio com a finalidade de oferecer um atendimento médico rápido e contínuo, orientando a família para que apoie de maneira mais eficiente seu próprio familiar.

Desde a promulgação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e com o fortalecimento das organizações de pessoas com deficiência, inicia-se uma série de modificações.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em seu artigo 19, inciso b, menciona que:

“[...]As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade;

c) Os serviços e instalações da comunidade para a população em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades.

Indica, ainda, em seu art. 25: “Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de



saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero.”

Esse artigo prevê que os Estados garantam o acesso a serviços de saúde de boa qualidade para as pessoas com deficiência. Quando se faz referência ao acesso, trata-se de um compromisso que envolve uma série de responsabilidades para os Estados, que devem buscar todo tipo de recursos para que, quando as pessoas com deficiência cheguem aos serviços, não se sintam excluídas.

As maiores dificuldades ao acessar um serviço de saúde, para as pessoas com deficiência visual, ocorrem porque, em geral, a informação não é acessível e os funcionários não conhecem a forma correta de interagir, por não dispor de informações adequadas nem de uma atitude positiva para atendê-las.

Em algumas ocasiões, devido à impossibilidade de deslocamento até os centros de saúde, as pessoas com deficiência visual não contam com os serviços mínimos. Nesses casos, deve-se promover a mobilização dos promotores de saúde para garantir a equidade na utilização desses serviços.

Diante dessas situações, a promoção da Reabilitação Baseada na Comunidade tem como finalidade alcançar as pessoas com deficiência das regiões que não têm acesso aos centros de saúde ou carecem de meios para se deslocar até as cidades onde se encontram, assegurando a cobertura de suas necessidades médicas a um custo acessível.

A autonomia que as pessoas com deficiência visual alcançam por meio dos processos de reabilitação reflete-se na tomada de decisões relacionadas à própria saúde em geral e à saúde reprodutiva. Um aspecto importante a destacar é precisamente o consentimento da pessoa com deficiência visual em todo tipo de tratamento que afete sua integridade.



Nesse sentido, é necessário que os promotores de saúde conheçam a amplitude que a autonomia abrange e que, portanto, respeitem as decisões, sem deixar de oferecer todas as possibilidades de atendimento que garantam a saúde e a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Levando em conta esse enfoque, os promotores de saúde e os centros hospitalares trabalham sob um modelo integral que abrange todos os elementos da saúde, incluindo a promoção, prevenção, atendimento médico, reabilitação e os dispositivos de assistência pessoal, conforme afirma a Organização Mundial da Saúde em *Reabilitação Baseada na Comunidade: guias de RBC* (2012).

A) Promoção da saúde: baseia-se em incrementar o controle médico e realizar intervenções que fortaleçam as habilidades das pessoas, alcançando distintas condições ambientais com o objetivo de reduzir gradualmente o impacto sobre sua saúde.

B) Prevenção: em primeira instância busca evitar e, em segunda instância, detectar precocemente diversas doenças, com o objetivo de estabelecer um possível tratamento de forma rápida para recuperar o estado de saúde ou tentar que as sequelas sejam os menos prejudiciais possível.

C) Atendimento médico: identifica, avalia e trata as possíveis condições de saúde, bem como os déficits que essas condições individuais implicam em relação à deficiência.

D) Reabilitação: baseia-se no estabelecimento e alcance de um nível máximo de funcionalidade adequado no ambiente ou local onde a pessoa com deficiência visual se desenvolve. (p. 8)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em *Reabilitação Baseada na Comunidade: guias da RBC* (2012), "...a reabilitação é geralmente iniciada no âmbito da saúde, mas requer múltiplos setores e os serviços são especializados" (p. 9), com o



objetivo de que sejam atendidos aspectos fundamentais que envolvem integralmente a pessoa. Além disso, zela-se para que a pessoa com deficiência visual conte com a assessoria correspondente para adquirir dispositivos de assistência pessoal que favoreçam seu nível de independência e autonomia no ambiente em que se desenvolve, necessários em seu cotidiano. Por exemplo, uma bengala branca de segurança pode ser o dispositivo de assistência que apoie no processo de mobilidade, ou uma ajuda óptica pode constituir um recurso para a recuperação da leitura em pessoas com baixa visão.

Com o objetivo de promover nas pessoas com deficiência visual um nível otimizado de saúde, decide-se criar serviços que ofereçam acompanhamento intermitente, de curto ou longo prazo ao longo de sua vida, de acordo com suas necessidades ou condições próprias.

De acordo com o desenvolvimento de cada país, o sistema de saúde recai sobre múltiplas entidades e instituições, tanto públicas quanto privadas, o que faz com que algumas pessoas com deficiência tenham acesso enquanto outras não têm, dependendo da viabilidade. Por isso, o movimento RBC visualiza que as pessoas com deficiência têm ainda mais motivos para requerer acesso aos serviços e programas de saúde, onde, com um enfoque inclusivo, se trabalhe pela equiparação de oportunidades, incluindo a reabilitação, que em alguns países ocorre de forma regular, com programas estabelecidos nas comunidades, enquanto em outros, de forma ocasional e isolada.

Segundo a OMS, citando Genebra (2010): "A condição de saúde de uma pessoa é influenciada por uma ampla gama de fatores pessoais, sociais, econômicos e ambientais. Esses fatores são comumente conhecidos como determinantes da saúde e se esquematizam da seguinte maneira: genética, comportamentos e estilos de vida, renda e condição social, emprego e condições de



trabalho, educação, redes sociais, cultura, gênero e ambientes físicos da comunidade e serviços de saúde.” (p. 10)

No movimento denominado Reabilitação Baseada na Comunidade, enfatiza-se a saúde para todos de maneira precoce, na qual a pessoa com deficiência visual participa ativamente de seu próprio processo de reabilitação, definindo, de acordo com suas necessidades, os serviços especializados que requer. Da mesma forma, a família é chamada a ter um papel protagonista na comunidade por meio de sua participação na tomada de decisões, sendo um elemento fundamental para fortalecer as habilidades das pessoas com deficiência visual.

Segundo a OMS, citando Genebra (2010): “os programas de RBC devem envolver as pessoas com deficiência visual sem distinção de gênero, status social, nível educacional, idade, saúde, entre outros...” (p. 11)

Pode-se pensar que divulgar os serviços para pessoas com deficiência visual é algo implícito nos centros de atendimento; no entanto, isso não é uma realidade, sendo um aspecto de grande importância e valor na qualidade de vida dessas pessoas.

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde — médicos(as), enfermeiros(as), promotores de saúde — devem envolver as pessoas com deficiência, fazendo-as sentir parte da comunidade, levando em consideração suas decisões, consultando sua opinião e verificando se compreendem as orientações. Todos esses aspectos serão alcançados por meio do conhecimento dos direitos das pessoas com deficiência e da conscientização sobre a importância de seu trabalho para alcançar essa inclusão.

Para alcançar esse objetivo, é necessário trabalhar com as equipes dos serviços de saúde das comunidades, oferecendo ferramentas, gerando consciência sobre a importância de se envolver



com os temas da deficiência, bem como possibilitar a existência de formatos acessíveis na distribuição de informações específicas dos serviços.

A atenção primária, que é o nível mínimo disponível nas comunidades mais afastadas, deve estar à disposição das pessoas com deficiência visual, trabalhando para que compreendam a importância de preservar a saúde. A família deve estar comprometida com esse objetivo e acompanhar seu familiar quando ele não tiver autonomia para se deslocar ao centro de saúde.

Algumas estratégias para alcançar esse objetivo podem ser:

- Utilizar os meios de comunicação para promover a saúde ou realizar entrevistas com pessoas com deficiência visual para que a comunidade as conheça.
- Incluir as pessoas com deficiência visual em diversas atividades de saúde comunitária, por exemplo, ao visitar os domicílios; dessa forma, estará sendo promovida a inclusão social.

A OMS cita as Normas Uniformes sobre Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência (1993), onde se assinala “que a reabilitação são as medidas ou estratégias propostas para proporcionar ou restabelecer funções, compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional” (p. 23). Esta pode ser necessária em qualquer etapa da vida, podendo requerer profissionais especialistas em áreas específicas ou atores comunitários que prestem serviços. A reabilitação busca apoiar as pessoas com deficiência a recuperarem a autonomia em sua vida diária, conseguindo restabelecer-se em um contexto mais ativo e com um papel mais protagonista, seja em um âmbito individual, familiar, comunitário ou social.

Segundo a OMS em *Reabilitação Baseada na Comunidade: guias de RBC* (2012), os planos de reabilitação devem sempre estar



centrados na pessoa, de acordo com seu gênero, idade, condição socioeconômica e ambiente domiciliar. Planos que, ainda que sejam de longo prazo, cumpram metas de curto prazo, com um enfoque realista centrado na pessoa que recebe o serviço (p. 50).

Os serviços de Reabilitação Baseada na Comunidade são propostos e adotados em alguns países da América Latina como uma extensão dos serviços institucionais, dado que nem todas as pessoas com deficiência visual de locais distantes podiam acessar os centros de reabilitação localizados nas capitais ou áreas urbanas. O objetivo é que os serviços de reabilitação para pessoas com deficiência visual cheguem à população que deles necessita, alcançando a equiparação de oportunidades independentemente de onde a população com deficiência se encontre, sem distinção de gênero, situação socioeconômica, nível de escolaridade ou condição.

A Reabilitação Baseada na Comunidade vem oferecer uma resposta oportuna, aproximando os serviços das pessoas com deficiência visual, levando em consideração as diretrizes definidas na Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, OIT, OMS, entre outras.

Oferece um serviço de apoio itinerante ou fixo, de acordo com cada país ou região da América Latina, às pessoas com deficiência visual que necessitam de formação em habilidades e destrezas básicas ou técnicas específicas em seu cotidiano, levando em consideração as capacidades da família e os recursos disponíveis na comunidade para desenvolver um processo de inclusão.

Em alguns casos, os serviços do centro institucional poderão ser levados às comunidades, mas, devido ao seu alto custo financeiro, buscar-se-á a forma de criá-los na própria comunidade onde vivem as pessoas com deficiência visual ou em local muito próximo.



Outra forma que esse modelo assume é capacitar os recursos humanos existentes nas comunidades para que sejam eles os responsáveis por atender as pessoas com deficiência visual.

A União Latino-Americana de Cegos cita Helander (1992): "A Reabilitação Baseada na Comunidade é uma estratégia para melhorar a forma de prestar serviços, para criar oportunidades mais equitativas e para promover e proteger os direitos humanos das pessoas com deficiência."

Para alcançar o sucesso nesse modelo, a RBC promove uma série de componentes que fornecem diretrizes para que os serviços se desenvolvam e, quando forem criados, consigam funcionar de maneira profissional e oportuna ao longo do tempo, mantendo-se em contínua formação e buscando alianças estratégicas com outras entidades, profissionais, instituições ou indivíduos.

Componente Educação

A finalidade deste componente é que as pessoas tenham a possibilidade de acessar uma educação inclusiva, onde a pessoa com deficiência visual seja um agente ativo, criativo e parte importante de sua própria aprendizagem.

Cabe ressaltar que, muitas vezes, a pobreza ou a marginalização são barreiras que, no contexto real, dificultam o acesso a essa educação gratuita e obrigatória.

Espera-se que os governos promovam políticas educacionais que fomentem planos flexíveis e de qualidade, docentes capacitados em diversos métodos de ensino e aprendizagem, recursos didáticos e meios acessíveis para que a formação educacional seja promovida em todos os níveis de ensino possíveis.

As pessoas com deficiência que cursam algum nível de formação educacional necessitam que os profissionais que as atendem tenham



formação em deficiência visual, que os recursos didáticos sejam acessíveis, elaborados em fonte ampliada, material em relevo ou Braille, conforme sua necessidade.

Espera-se que as pessoas adultas que adquirem uma deficiência visual possam receber formação em técnicas específicas, habilidades e competências para a vida, recuperando sua autonomia pessoal e podendo se integrar e contribuir para a comunidade em que vivem.

Componente Subsistência

Há 40 anos, por meio de instrumentos internacionais, estabelece-se o direito à capacitação e ao trabalho para as pessoas com deficiência, o que é reafirmado na Convenção das Pessoas com Deficiência no ano de 2006.

Um dos componentes da matriz da RBC é a Subsistência. As bases para a motivação para o trabalho devem nascer no seio familiar; portanto, nas comunidades onde se desenvolvem os programas de RBC, é fundamental que o tema do trabalho esteja estabelecido e, dessa forma, contar com formação profissional, que pode ocorrer por meio da educação formal ou por capacitações técnicas, aproveitando as habilidades e competências das pessoas com deficiência visual, que lhes permitam obter renda como parte de seu desenvolvimento integral, garantindo, assim, sua inclusão na sociedade em todos os âmbitos: familiar, cultural, social, recreativo e outros.

O desenvolvimento das habilidades e competências de cada pessoa depende de seus interesses, necessidades e condições econômicas. No entanto, deve-se promover, em nível local, a participação em todo tipo de capacitação de seu interesse, de modo que a comunidade conheça as pessoas com deficiência e lhes ofereça oportunidades, tanto para o acesso à aprendizagem quanto ao trabalho.



O componente de subsistência na RBC promove a independência econômica, assim como a contribuição que as pessoas com deficiência visual podem realizar em suas famílias e comunidades, ao mesmo tempo em que lhes proporciona a possibilidade de acesso a serviços de seguridade social. Portanto, o trabalho pode ser realizado como empregado ou autônomo, mas sempre de forma que dignifique a pessoa com deficiência visual.

No caso de iniciar um negócio próprio, decorrente da formação de habilidades e competências em áreas específicas, as pessoas com deficiência visual podem ter acesso a serviços financeiros, devendo possuir formação em gestão do dinheiro e pagamento pontual de créditos, como parte de sua responsabilidade.

Com a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, promove-se que, nesse aspecto, possam adquirir a formação e capacitação necessárias para conseguir um emprego e, ao mesmo tempo, manter sua permanência nele. Trata-se de impulsionar o empreendedorismo, gerando renda e reduzindo os níveis de pobreza existentes.

Componente Social

O ser humano é um ente eminentemente social. A condição de deficiência visual não deve afetar esse aspecto, devendo-se facilitar a participação em todo tipo de atividades que visem a elevação da autoestima, a qualidade de vida e a saúde mental e psicológica das pessoas com deficiência e de suas famílias na sociedade.

A RBC deve contar com elementos que incluam as pessoas com deficiência visual nas diferentes atividades das comunidades, sejam estas religiosas, culturais, esportivas, recreativas, educativas ou laborais. Em cada uma delas, podem desempenhar um papel importante com responsabilidades específicas, sendo esta uma



oportunidade de dar a conhecer suas habilidades, competências e conhecimentos, compartilhando com os membros das comunidades.

O componente social contém o elemento de assistência pessoal, dos quais as pessoas com deficiência necessitam em alguns casos. Essa função, em geral, é desempenhada por um membro da família. No entanto, na convivência que os programas de RBC desenvolvem nas comunidades, essa assistência pode ocorrer de forma espontânea e comprometida por qualquer membro da comunidade.

O elemento das relações de casal e família está estabelecido na matriz da RBC, com o objetivo de contribuir positivamente para que esse tipo de relação ocorra dentro de um contexto de respeito aos direitos das pessoas com deficiência, tendo como princípio sua autodeterminação.

As atividades de RBC devem promover o respeito às decisões das pessoas com deficiência visual, tanto na família quanto na sociedade, por meio de seus diferentes papéis. É importante, nesse aspecto, prevenir a violência intrafamiliar, oferecendo informações acessíveis e criando espaços onde as pessoas possam comunicar suas situações e necessidades de receber ajuda especializada.

O aspecto cultural deve ser abordado nos programas de RBC. Desenvolver as habilidades artísticas das pessoas com deficiência visual como contribuição de suas capacidades para a sociedade ou como parte de seu desenvolvimento pessoal. Essa participação pode ocorrer de forma direta, como protagonistas das atividades, ou de forma indireta, como participantes.

Nas comunidades, desenvolvem-se todo tipo de atividades, entre elas a recreação e o esporte, seja como disciplina ou como forma de exercício para a saúde. Em ambos os casos, os programas de RBC devem envolver as pessoas com deficiência. Trata-se de uma forma agradável de desenvolvimento inclusivo.



No componente social, estabelece-se o tema do acesso à justiça, que se refere ao direito das pessoas com deficiência visual de conhecer esse tema e utilizar os mecanismos conforme a necessidade nas comunidades. Esse aspecto deve ser amplamente desenvolvido por meio de capacitações, conforme os instrumentos nacionais e internacionais que protegem os direitos das pessoas com deficiência.

REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL A PARTIR DO ENFOQUE DO DESENVOLVIMENTO INCLUSIVO BASEADO NA COMUNIDADE (DIBC)

Em termos biológicos, o desenvolvimento está diretamente relacionado à vida, ao processo natural que os seres humanos possuem. O desenvolvimento humano é o processo pelo qual uma sociedade melhora suas condições de vida, buscando o aumento dos bens com os quais atende às suas necessidades básicas e complementares. É importante levar em conta a criação de um ambiente no qual os direitos humanos da população sejam respeitados.

A história da humanidade tem demonstrado que foi necessário criar conceitos, definições, programas, princípios e leis, uma série de ações específicas para que as pessoas com deficiência tenham maiores oportunidades de desenvolvimento humano.

“A prática do desenvolvimento inclusivo baseado na comunidade (DIBC) foca na criação de sociedades inclusivas, onde as pessoas com deficiência tenham acesso a benefícios sociais e de desenvolvimento como todas as demais pessoas em suas comunidades.

A razão é que ninguém deve ser excluído do desenvolvimento por nenhum motivo e que a inclusão das pessoas marginalizadas nos processos de desenvolvimento reduz a pobreza, constrói a resiliência da comunidade e beneficia toda a sociedade.” CBM (2019), recuperado



de <https://www.cbm.org.au/wp-content/uploads/2019/07/CBM-CBID-en-Nicaraguan-en-espa%C3%B1ol.pdf>

A Rede Latino-Americana de Organizações de Pessoas com Deficiência e suas famílias (RIADIS) define o Desenvolvimento Inclusivo Baseado na Comunidade como uma “abordagem de desenvolvimento comunitário para a equiparação de oportunidades, a inclusão, a redução da pobreza e a reabilitação de mulheres e homens com deficiência, que se realiza com o esforço conjunto das próprias pessoas com deficiência, suas famílias, a comunidade e os serviços disponíveis.” Essa definição abrange o desenvolvimento integral das pessoas com deficiência em suas próprias comunidades, com o apoio dos membros da comunidade. (p. 2)

O DIBC enfatiza o direito das pessoas com deficiência visual de alcançar seu desenvolvimento por meio de um verdadeiro ambiente inclusivo que lhes garanta a possibilidade de ter acesso a serviços de saúde, educação, reabilitação, atividades culturais, religiosas, sociais e econômicas em suas próprias comunidades, visando o pleno gozo de seus direitos humanos.

Essa estratégia torna-se bem-sucedida por meio do envolvimento dos diferentes atores das comunidades, promovendo um comprometimento e uma identificação tão importantes que os cidadãos se sentem responsáveis por contar com comunidades verdadeiramente inclusivas, nas quais as pessoas com deficiência visual disponham de todas as facilidades para sua plena participação e estejam afastadas de todas aquelas barreiras tradicionalmente presentes na sociedade.

O desenvolvimento inclusivo nas comunidades garante que todos os habitantes tenham as mesmas oportunidades. Essa estratégia é bastante ampla e, como já mencionado reiteradamente, devem ser criadas condições de inclusão nos diferentes cenários da vida cotidiana.



Na matriz da abordagem de Desenvolvimento Inclusivo Baseado na Comunidade, são apresentados os seguintes componentes:

- Saúde
- Educação
- Sustento
- Social
- Empoderamento

Esses componentes foram amplamente desenvolvidos no tema da RBC; no entanto, nessa nova estratégia, o componente principal é o empoderamento, cujo desenvolvimento é fundamental para as pessoas com deficiência visual e suas famílias, já que, ao conhecerem seus direitos, poderão formular propostas para alcançar melhores condições de vida em suas comunidades.

O empoderamento, como base dos cinco componentes, enfatiza a importância de inculcar confiança nas pessoas com deficiência visual para o fortalecimento de suas capacidades e do conhecimento de seus direitos, tendo como resultado a participação em seu desenvolvimento pessoal, estudos, trabalho, atividades culturais, saúde, educação e vida familiar.

Para implementar essa estratégia, deve-se levar em consideração o contexto de cada país, sua cultura, situação socioeconômica, a existência de idiomas próprios da região e todas as características que, de alguma forma, podem modificar a matriz proposta.

Essa estratégia pode ser implementada por qualquer organização do setor público ou privado. O que deve ser considerado é que os membros da comunidade devem estar envolvidos desde o início, gerando a responsabilidade de realizar os processos de reabilitação para pessoas com deficiência visual.



É importante ressaltar que é fundamental a participação das pessoas com deficiência visual e de suas famílias na implementação desses programas. Por isso, o empoderamento é um componente transversal, uma vez que as pessoas com deficiência visual devem zelar para que lhes sejam proporcionadas as condições necessárias para sua plena inclusão. Por exemplo, que nos centros educacionais das comunidades os professores estejam dispostos a receber capacitação para realizar os ajustes necessários para a acessibilidade no processo de ensino-aprendizagem, compreendendo que todos os estudantes devem ser atendidos de forma equitativa. Que nos serviços de saúde não se retire a oportunidade de ninguém por falta de conhecimento sobre como interagir com pessoas com deficiência visual. Que aqueles com poder de decisão aceitem promover ações voltadas à inclusão profissional das pessoas com deficiência visual. Esses e muitos outros exemplos mostram a diferença apresentada pelas comunidades que desenvolvem uma estratégia inclusiva no desenvolvimento dos direitos de sua população com deficiência, nas quais certamente as organizações de pessoas com deficiência alcançam esses objetivos por meio de um trabalho permanente de incidência social.

Para alcançar o empoderamento das pessoas com deficiência visual, estão disponíveis as leis nacionais e internacionais, a CDPD, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e outros instrumentos que garantem, em todos os âmbitos, o direito que as pessoas com deficiência possuem para seu pleno desenvolvimento.

Outro aspecto importante a mencionar é que, em algumas comunidades, podem existir dificuldades para dispor de orçamento, ou isso pode ser usado como desculpa para não desenvolver essa estratégia nos setores públicos. Por esse motivo, deve-se realizar um trabalho de conscientização no qual as pessoas com deficiência visual



e suas famílias, organizadas, demonstrem a importância e a necessidade da reabilitação como um direito, valorizando a contribuição que podem oferecer como pessoas ativas e produtivas ao terem oportunidades de desenvolvimento inclusivo.

O desenvolvimento inclusivo baseado na comunidade é uma estratégia que se propõe a partir da experiência na implementação da RBC. Essa abordagem é extremamente importante nas comunidades afastadas dos centros urbanos, onde as pessoas com deficiência e suas famílias foram ainda mais estigmatizadas, tendo, como consequência, menos oportunidades de alcançar sua autonomia e independência.

A formação, capacitação e conscientização de membros das comunidades que ofereçam serviços de reabilitação baseados nos direitos das pessoas com deficiência poderão empoderá-las para que sejam protagonistas de sua autonomia e independência por meio de uma vida ativa nos diferentes espaços de participação em suas comunidades, que podem ser de natureza cultural, educacional, religiosa, econômica, política, esportiva, recreativa etc.

O Desenvolvimento Inclusivo Baseado na Comunidade busca uma sociedade comprometida que ofereça condições para o pleno desenvolvimento das pessoas com deficiência visual e de suas famílias. Em termos práticos, os empresários das comunidades inclusivas terão a motivação de oferecer oportunidades de trabalho a pessoas com deficiência visual reabilitadas, para que tenham um emprego remunerado; ou as comunidades poderão oferecer condições para o empreendedorismo dessas pessoas.

É importante contar com cada um dos componentes para realizar uma abordagem integral e promover a devida avaliação e acompanhamento, a fim de garantir que as necessidades das pessoas com deficiência visual sejam atendidas pelos serviços requeridos e especializados.



Considerando o que menciona a ULAC em seu manual técnico de Serviços de Reabilitação, é fundamental estabelecer esses elementos da RBC para alcançar um serviço de qualidade, incorporando o componente de empoderamento para que a estratégia de Desenvolvimento Inclusivo Baseado na Comunidade seja exitosa:

1. Contar com um organismo ou entidade gestora: assumirá a responsabilidade pelas diretrizes, supervisão, financiamento e controle.
2. Uma entidade técnica: responsável por capacitaras pessoas, organizar programas e assessorar tecnicamente a comunidade.
3. Uma comunidade comprometida: família, pessoa com deficiência, instituições e entidades públicas e privadas, serviços especializados. (p. 89)

Por fim, cabe mencionar que os serviços de reabilitação também requerem investimento econômico para alcançar as comunidades mais afastadas, sendo necessárias boas parcerias a fim de garantir financiamento adequado por parte de diferentes aliados estratégicos.



BIBLIOGRAFIA:

CBM (2019). <https://www.cbm.org.au/wp-content/uploads/2019/07/CBM-CBID-en-Nicaraguan-en-espa%C3%B1ol.pdf>

Corporação Compartilhar. Desenvolvimento Inclusivo baseado na comunidade (consultado em 12 de novembro de 2022). <https://www.corporacioncompartir.org/desarrollo-inclusivo>

Diagrama de Desenvolvimento Inclusivo baseado na comunidade da CBM, estruturas descendentes y mobilização ascendente: (consultado em 20 de dezembro de 2022) https://www.cbm.org.au/wp-content/uploads/2019/09/top-down-bottom-up-CBID_Spanish.pdf

Genebra, (2010). The determinants of health, World Health Organization.

Genebra. (1978). Declaração de Alma Ata: Conferência Internacional sobre atenção Primária da Saúde, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. World Health Organization.

Guía de Desarrollo Inclusivo basado en la Comunidad, Ecuador/ (consultado em 20 de janeiro de 2023). <https://www.corporacióncompartir.org>

La guía del Enfoque del Desarrollo Inclusivo basado en la Comunidad (RIADIS, IDA), (consulta em 10 de dezembro de 2022).

La RED GIRDD LAC con el apoyo de CBM.) <http://www.riadis.org/wp-content/uploads/2022/01/Desarrollo-Inclusivo-Basado-en-la-Comunidad.pdf/>

Lopera Restrepo, G.; Aguirre Patrone, Á.; Parada Ceballos, P. y Baquet Quiñones, J. R. (2010) *Manual Técnico De Servicios De Rehabilitación Integral Para Personas Ciegas O Con Baja Visión En América Latina União Latino-americana De Cegos*. ULAC.



Organização das Nações Unidas (2006). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência. Nova York, EUA.

Organização das Nações Unidas (1993). Normas Uniformes sobre la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, Nova York, EUA.