

Estratégias de Intervenção para Habilitação de Crianças Deficientes Visuais em Instituições Especializadas: Estudo Comparativo

*Andréa Sanchez Navarro**

*Sissy Veloso Fontes***

*Marcia Maiumi Fukujima****

RESUMO

As crianças deficientes visuais possuem dificuldades em adquirir o conhecimento do seu próprio corpo, dos objetos a sua volta e dos conceitos espaciais imprescindíveis para o desenvolvimento neuropsicomotor normal. Na pesquisa de campo observamos que a forma mais utilizada pelos profissionais da habilitação de deficientes visuais foi o método denominado “Estimulação Precoce”, utilizado também em crianças com encefalopatia crônica não-progredida. Esse método consiste de avaliação do processo de desenvolvimento da criança e, com base nesta avaliação, iniciam-se estímulos de forma a propiciar a facilitação do seu desenvolvimento.

UNITERMOS

Criança, deficiente visual, estimulação precoce, instituição especializada.

INTRODUÇÃO

Atualmente, estima-se que pelo menos 38 milhões de pessoas sejam cegas e que um adicional de 110 milhões possuam a visão intensamente prejudicada, totalizando cerca de 150 milhões de pessoas visualmente deficientes no mundo. A Organização Mundial da Saúde estima que, em futuro próximo, esse número aumentará significativamente¹.

Para que a criança tenha um desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) normal faz-se necessário que todos os sentidos estejam íntegros². Nos primeiros anos de vida a integração, a sintetização e a interpretação das informações geradas por outros canais perceptivos devem ser amplamente explorados na criança deficiente visual (DV)³. A forma mais utilizada de intervenção dos profissionais de habilitação de deficientes visuais pela exploração de outros canais perceptivos é a “Estimulação Precoce”, que é uma intervenção terapêutica educacional e social. Essa intervenção é utilizada em crianças com DV congênita ou com a visão muito prejudicada na idade de 0 a 6 anos^{4,5}, podendo ser ministrada de diferentes formas por uma equipe multidisciplinar, dentre eles o fisioterapeuta^{6,7}.

Os mecanismos de defesa da criança cega durante este período de vida estão particularmente prejudicados. Hoje, diversos profissionais da saúde estão conscientes dos sérios riscos que a criança DV corre por sofrer atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor^{8,9}. Os bloqueios temáticos do desenvolvimento podem ser agrupados em: imitação, desenvolvimento da preensão, coordenação ouvido-mão, exploração do ambiente e objetos e coordenação bimanual^{10,11,12,13}.

* Fisioterapeuta graduada pela Universidade Bandeirante – UNIBAN

** Fisioterapeuta, educadora física e professora da UNIBAN e Universidade Santa Cecília – UNISANTA.

*** Neurologista, professora da UNIBAN e UNISANTA.

OBJETIVO

Observar, comparar e analisar, com pesquisa de campo em instituições especializadas, as principais estratégias de atendimento a crianças deficientes visuais de 0 a 6 anos, bem como o perfil de tais instituições.

MATERIAL E MÉTODO

Foram aplicados dois questionários aos profissionais das seguintes instituições especializadas no atendimento à criança deficiente visual: “Dorina Nowill para Cegos”

(São Paulo – Brasil), “Laramara Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual” (São Paulo – Brasil), “Centro Eva Lindstedt” (São Paulo – Brasil), Cepre – Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação (Campinas – Brasil) e “Once” - Organización Nacional de los Ciegos de España (Madri – Espanha).

O questionário A refere-se à instituição; assistentes sociais e coordenadores técnicos responderam as perguntas, tendo como objetivo o conhecimento do espaço de trabalho, a equipe multidisciplinar e o perfil do paciente atendido (quadro 1).

O questionário B refere-se ao programa de atendimento específico dos fisioterapeutas, um de cada

QUADRO 1

Questionários aplicados na pesquisa de campo

<i>Questionário A</i> <i>Instituição/Fundação/Associação</i>	<i>Questionário B</i> <i>Fisioterapeuta</i>
Nome:	Nome:
Endereço:	
Nome do profissional/cargo e profissão:	
1) Qual é a meta geral deste serviço?	1) Qual a principal função do fisioterapeuta diante do DV?
2) Que tipo de paciente este serviço atende?	2) Quais os principais critérios de inclusão no setor fisioterápico?
3) Por quem é formada a equipe multidisciplinar?	3) Como é ministrado o tratamento: a. individual: b. grupo: c. número de sessões: d. duração:
4) Quais os critérios de seleção para o paciente ingressar neste serviço: a. faixa etária; b. etiologia da DV; c. condições socioeconômicas.	4) Quais e quantos profissionais estão envolvidos no tratamento do setor fisioterápico?
5) Qual é o tempo médio de permanência do paciente no serviço?	5) No que consiste o tratamento: a. quais as estratégias? b. métodos utilizados, há substratos científicos? c. utilizam algum material? d. ministram-se orientações aos pais?
6) Que profissional oferece orientação social (esporte/lazer)?	6) Quem oferece orientação social (esporte/lazer)?
	7) Quando e quem prescreve a alta fisioterápica?
	8) Neste serviço em que você trabalha, o que poderia melhorar?

instituição, exceto Laramara, onde foram entrevistados dois profissionais, tendo como finalidade traçar o perfil do atendimento e as estratégias utilizadas (quadro 1).

Os resultados da aplicação dos questionários A e B são mostrados nos quadros 2 e 3.

DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos no questionário A, observamos que a meta geral de todas as instituições assemelham-se, ou seja, basicamente tornar a criança independente e integrada à sociedade, pois tanto as instituições, como a família e a própria criança, almejam os mesmos ideais, confirmando as respostas dadas pelos diversos profissionais na pesquisa de campo.

Em relação ao tipo de paciente que cada serviço atende, todos com exceção do Cepre responderam que o atendimento é direcionado a cegueira ou baixa visão associadas ou não a deficiência física. O Cepre, quando recebe crianças com múltiplas deficiências, encaminha-as a outras instituições. Como a maioria dos casos de crianças DV associa-se a deficiência física, é necessário que o paciente seja aceito com deficiências associadas, pois o profissional fisioterapeuta é habilitado para atender a criança, sejam quais forem suas deficiências físicas.

As equipes multidisciplinares das instituições entrevistadas são semelhantes, ou seja, compostas por médicos, fisioterapeutas, pedagogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e professores diversos, especializados em áreas como orientação e mobilidade (OM) e atividade de vida diária (AVD). Chama-nos a atenção que os profissionais médicos são especializados exclusivamente em oftalmologia, não havendo em nenhum dos serviços a presença de pediatra, clínico geral, neurologista. O conhecimento das estruturas de funcionamento das instituições permite-nos considerar que haja espaço e necessidade desses profissionais. O Cepre e a Once são os únicos que possuem fonoaudiólogo na sua equipe multidisciplinar profissional, necessário à criança deficiente visual, auxiliando no desenvolvimento da linguagem. Portanto, as instituições restantes carecem desse profissional.

A faixa etária diferiu entre as respostas, porque em alguns centros a criança é assistida pela Estimulação Precoce no período de 0 a 6 anos e, após os 6 anos, a criança é acompanhada por uma equipe especializada em idade pré-escolar e assistida até a idade adulta. Sendo assim, o ideal é que seja ministrada em crianças de 0 a 6 anos. A etiologia da DV é diversificada em todas as instituições, não sendo critério de elegibilidade para a

criança iniciar o atendimento. Os serviços que fornecem atendimento totalmente gratuito recebem subvenções estaduais, federais ou municipais; portanto, a condição socioeconômica não impede o atendimento dessas crianças, porém, o número reduzido de instituições especializadas não é suficiente comparado com a dimensão territorial e o número de deficientes. Parece-nos necessário o aumento do número desses serviços financiados pelo governo e também o aumento do quadro de profissionais para suprir a grande demanda.

O tempo médio de permanência difere largamente, porque depende da família, da criança e da proposta do tratamento. Mas a maioria respondeu de 3 a 4 anos. O ideal seria 6 anos de permanência, pois a criança viria para o atendimento ainda bebê (0 a 6 meses) e deixaria o atendimento na idade pré-escolar.

O profissional responsável pela criança é quem dá a orientação social (esporte, lazer). Essa foi a resposta dada por todas as instituições. Segundo a literatura consultada e as experiências observadas durante a pesquisa, o profissional envolvido é o responsável pela orientação, com interesse e colaboração familiar.

QUESTIONÁRIO B

As respostas dos fisioterapeutas entrevistados a esse questionário não foram uniformes.

Quanto à função do fisioterapeuta frente ao DV, a maioria dos profissionais respondeu que o objetivo do tratamento é propiciar um desenvolvimento neuropsicomotor o mais adequado possível, estimulando os sentidos remanescentes e a visão residual. O fisioterapeuta do Cepre prioriza a marcha, ou seja, respondeu como função principal o atendimento a longo prazo. Todavia, ressaltou posteriormente que é preciso minimizar as alterações do desenvolvimento neuromotor com estimulação precoce e assim chegar a marcha independente e segura. A Once destacou como função principal prevenir as alterações emocionais e que haja uma estruturação adequada do DNPM. A preocupação com o aspecto emocional deve-se ao fato de que a profissional responsável por crianças cegas de 0 a 4 anos é uma psicóloga. Uma das principais funções do fisioterapeuta é estimular o DNPM e a visão nos casos de criança com baixa visão, além de orientar a família a cada atendimento.

Os critérios de inclusão no setor fisioterapêutico foram unânimes. Porém, na Once, quando a criança apresenta um déficit motor muito grave é encaminhada a um fisioterapeuta que cuidará apenas da capacidade motora, sendo o tratamento fisioterapêutico paralelo a

QUADRO 2
Respostas ao questionário A (Instituição/Fundação/Associação)

Perguntas	Dorina Nowill	Laramara	Centro Eva Lindstedt	Cepré	Once
1) Qual a meta geral deste serviço?	Proporcionar condições para que o DV possa integrar-se na comunidade com independência e auto-suficiência.	Acolher, informar, estimular e integrar à sociedade, tornando-se um centro de apoio à família e ao deficiente visual.	Tornar a criança com DV um agente transformador de sua família, instituição e comunidade.	Habilitação, reabilitação e integração.	Dar estrutura cognitiva e emocional ajudando a criança a compreender o mundo de modo geral. Prevenir as alterações emocionais (maneirismo).
2) Que tipo de paciente este serviço atende?	Portadores de cegueira e baixa acuidade visual, associada a deficiência física ou não.	Cegueira, baixa acuidade visual e com deficiências mentais e físicas associadas a cegueira.	Com deficiência visual associada a outras deficiências.	Portadores de deficiência visual.	Baixa visão e cegueira.
3) Por quem é formada a equipe multidisciplinar?	Área clínica: pedagogo especializado, professor de OM, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, TO e oftalmologista.	Área clínica: oftalmologista, ortoptista. Área técnica: pedagogo, fisioterapeuta, TO, professores diversos: educador físico, OM e AVD. Área de apoio: serviço social e psicologia.	Equipe de terapeutas junto ao departamento de oftalmologia com formação em deficiência visual, além de estagiários. Orientação e diagnóstico do paciente e orientação e educação de profissionais.	Fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicopedagogo, psicólogo.	Assistente social, oftalmologista, pedagoga e psicólogo.
4) Quais os critérios de seleção para o paciente ingressar neste serviço:	a. 0 até a idade adulta. b. diversas causas da deficiência visual e seqüelas. c. todos os serviços são gratuitos. A Fundação recebe subvenções estaduais, federais e municipais.	a. 0 a 15 anos e 11 meses. b. diversas. c. 40% são isentos, 60% são pagantes de acordo com a renda familiar, dentre estes, 5% pagam integralmente.	a. 0 a 15 anos. b. não é critério. c. é gratuito.	a. 0 até a idade adulta. b. todas. c. não são pagas. Atendendo todas as condições sociais.	a. 0 a 6 anos. b. variadas. c. gratuitas.
5) Qual é o tempo médio de permanência neste serviço?	Varia. No mínimo 2 anos e no máximo 4 anos. A criança será acompanhada até a idade pré-escolar.	Depende da família, ou seja, da participação.	Avaliação até 3 meses, reinserido em equipe da sua comunidade e retorno 4 vezes ao ano.	3 a 4 anos.	Até os 6 anos, posteriormente há um acompanhamento.
6) Quem oferece orientação social, lazer e esporte?	Psicólogo de orientação aos pais.	Todos os profissionais envolvidos.	O esporte e o lazer são orientados junto a sua comunidade.	Todos os profissionais envolvidos.	O profissional responsável fornece as informações.

QUADRO 3
Respostas ao questionário B (Fisioterapeuta)

Perguntas	Dorina Nowill	Laramara	Centro Eva Lindstedt	Cepre	Once
1) Qual a principal função do fisioterapeuta diante do DV?	Estímulo do desenvolvimento neuropsicomotor; correção postural; conhecimento do próprio corpo; estímulos a aspectos cognitivos primários e secundários; coordenação motora fina e coordenação motora global; estímulo ao desenvolvimento da visão subnormal.	I) Estimulação global do DNPm, fazendo com que use os sentidos remanescentes (audição, gustação, olfato e tato) e estimulação da visão residual. II) Orientação à família para estimulação visual diária e estimulação neuropsicomotora, com o objetivo de integrar a criança na sociedade.	Facilitar e propiciar um desenvolvimento motor adequado e estimular a visão residual.	Estimulação precoce, objetivando marcha independente e segura.	Proporcionar um desenvolvimento harmônico da personalidade e identidade pela motricidade, linguagem, socialização e hábitos.
2) Quais os principais critérios de inclusão no setor fisioterápico?	Basta apresentar déficits em um ou mais itens descritos acima.	I) Alteração motora (principalmente crianças com patologias múltiplas) e atraso no DNPm. II) Todas as crianças que tenham deficiência visual associada a déficit neuropsicomotor.	Baixa visão e deficiências associadas.	Alterações do DNPm.	Basta haver deficiência visual grave.
3) Como é ministrado o tratamento:	a. sim. b. não há terapias em grupo. c. dependerá de cada caso. d. 60 minutos.	I) a. sim. b. a mãe continua presente e o terapeuta age como mediador. No máximo três crianças. c. o ideal é uma vez por semana, mas há quinzenal e mensal. d. individual, 30 minutos e em grupo, 60 minutos. II) a. sim. b. sim. Quando a criança já está integrada a Laramara, sala-terapeuta, ambiente e tem o interesse de estar com outras crianças. c. Semanal, quinzenal e mensal. d. Individual, 30 minutos e em grupo, 60 minutos.	a. sim. b. não. c. uma vez por semana. d. 40 minutos.	a. sim. b. não. c. duas vezes por semana. d. 30 minutos.	a. sim. b. a partir de dois anos pode ser colocada em grupo. c. uma vez por semana. d. uma hora, sempre com a família.

QUADRO 3 (continuação 1)

Perguntas	Dorina Nowill	Laramara	Centro Eva Lindstedt	Cepré	ONCE
4) Quais e quantos profissionais estão envolvidos no tratamento do setor fisioterápico?	Fisioterapeuta, psicólogo dirigido à orientação familiar, psicólogo dirigido ao trabalho com a criança e pedagogo especializado.	I) São dois fisioterapeutas. A visão na Laramara é provocar o menor envolvimento possível de outros profissionais. Paralelo a isso há: atividades aquáticas e brinquedoteca. II) Dois fisioterapeutas, TO, pedagoga, psicólogo, brinquedoteca e atividades aquáticas.	Oftalmologista, ortoptista, pedagogo e fisioterapeuta.	Fisioterapeuta, fonoaudiólogo, TO, psicólogo, pedagogo, psicopedagogo, serviço social e professor de orientação e mobilidade infantis.	Psicólogo (1ª entrevista e revisões), dois terapeutas para bebês cegos e baixa visão. Além de cinco profissionais que dão apoio às escolas
5) No que consiste o tratamento: a. quais as estratégias? b. métodos utilizados, há substratos científicos? c. utilizam algum material? d. ministram-se orientações aos pais?	a. estabelecer o melhor contato possível com a criança, estimular o DNPM e inibir os padrões motores anormais. b. principalmente Bobath, quanto às seqüelas motoras; técnicas de sensibilização; técnicas da Dra. Natalie Barraga. c. materiais próprios da técnica Bobath; técnicas de estimulação visual; brinquedos de uso diário e doméstico. d. sim, é o ponto principal do tratamento.	I) a. utiliza-se da brincadeira e das AVDs, estimulando o desenvolvimento global. Esses estímulos deverão ser dados de maneira natural e não treinados. b. Teoria de Piaget, Método Bobath, leituras de oftalmologia de Eva Lindstedt e Marilda Bruno. c. brinquedos, material de sucata, criação de materiais (contrastes, diferentes texturas, brilho, sons), bola Bobath e rede. d. sim. Realizar em casa tudo o que foi visto durante o tratamento. II) a. orientação à família e, dependendo do DNPM em que o paciente está, estímulo para ganhar mais etapas. b. Natalie Barraga, Piaget e Bobath. c. balança, parquinho, gangorra, pula-pula, carrinho e rolo. Material de manuseio p/ crianças que tenham percepção	a. melhorar a eficiência visual. b. Natalie Barraga, entre outros. c. brinquedos para estimulação visual, objetos com diferentes texturas e tamanhos. d. sim.	a. técnicas de fisioterapia geral, combinadas com a técnica de estimulação visual. b. Natalie Barraga, Gesell e Dioment. c. bolas, rolos, escadas, colchões, brinquedos com contraste e prancha de equilíbrio. d. sim.	a. dar estruturação adequada da personalidade e identidade. b. Reinen Siken, Kabat, Natalie Barraga, Sinkin, Oregon e Piaget. c. livros em braille, jogos simbólicos e manipulação de materiais didáticos. d. é o mais importante do tratamento.

QUADRO 3 (continuação 2)

Perguntas	Dorina Nowill	Laramara	Centro Eva Lindstedt	Cepre	ONCE
5) (continuação)		à luz (procura-se iluminar o brinquedo). Visão subnormal utiliza-se contraste e material com brilho. d. sim. À família são sugeridas atividades e como brincar.			
6) Quem oferece orientação social (esporte/lazer)?	O psicólogo dá orientação aos pais.	I) Todos os profissionais envolvidos. II) Todos os profissionais envolvidos.	O próprio terapeuta.	Os profissionais envolvidos.	O próprio terapeuta.
7) Quando e quem prescreve a alta fisioterápica ao paciente?	O próprio fisioterapeuta, a partir de um laudo de avaliação e evolução do quadro apresentado à equipe multidisciplinar.	I) O próprio fisioterapeuta. após discutir o II) Terapeuta que está responsável.	O fisioterapeuta, caso com a equipe.	A fisioterapia. com 5 ou 6 anos a	A alta não se dá nunca, criança é acompanhada na escola.
8) Neste serviço em que você trabalha o que poderia melhorar?	Um maior contato com um médico neurologista poderia agilizar a resolução de nossas dúvidas quanto às reais causas dos déficits apresentados pelas crianças.	I) Falta tempo para discussões de casos entre os profissionais, atendimento do paciente juntamente com a psicóloga ou outra fisioterapeuta. Faltam cadeiras de posicionamento para crianças com múltiplas deficiências. Outra ideologia: a criança vir até a Laramara para fazer, além da orientação à família, a fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia, pelo menos duas vezes por semana. II) Falta a parte de prevenção, saneamento básico e informação. Falta obtenção de material p/ posicionar crianças múltiplas. O ideal também seria o fisioterapeuta ir à casa, pois muitas famílias possuem dificuldades p/ trazer a criança. Seria necessário acompanhamento mais pedagógico e que as crianças ficassem todos os dias meio período realizando todas as atividades. Falta fonoaudiólogo e investimento no profissional.	Contratação de novos profissionais: assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.	Mais um fisioterapeuta para orientação e mobilidade, pois o educador físico não está habilitado para tal.	Recursos materiais, falta de espaço, iluminação e deficiências de infra-estrutura.

DV – deficiente visual; OM – orientação e mobilidade, TO – terapia ocupacional, AVD – atividade da vida diária, DNPM – desenvolvimento neuropsicomotor.

estimulação precoce. Tendo em vista o que foi descrito neste trabalho, isso não deveria ocorrer. A estimulação da adequação motora deve ser feita dentro da estimulação precoce independente do atraso que a criança possui. Esse fato confirma a necessidade do fisioterapeuta para ministrar a estimulação precoce e não de outro profissional sem essa formação.

Em todas as instituições o tratamento é individual, variando pouco em relação ao tempo de cada atendimento. Em algumas instituições o atendimento é quinzenal, mensal e até trimestral, devido às dificuldades de transporte. Nesses casos é fornecida apenas orientação à família. O atendimento ideal seria individual, duas vezes por semana, com duração de 40 minutos, sendo os 10 minutos finais dedicados a orientação.

Todas as instituições, com exceção da Once e do Centro Eva Lindstedt, possuem em sua equipe multidisciplinar psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, assistente social e professores de AVD e OM. O Centro Eva Lindstedt carece de psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social dentro do setor de Estimulação Precoce. A Fundação Dorina Nowill para Cegos carece de terapeuta ocupacional habilitado em estimular a criança. A Once realiza a estimulação precoce com um único profissional, que é responsável por tudo. Algumas vezes a criança poderá ser encaminhada a outros profissionais especializados. Esse é o mesmo tipo de atendimento da Laramara. Segundo a literatura consultada, o ideal para a estimulação precoce é uma equipe multidisciplinar integral e integrada.

As estratégias de tratamento divergem, porém todos querem alcançar um DNPM mais próximo possível do normal. É exatamente nessa questão que deve ser estabelecido se o profissional irá trabalhar a visão residual, juntamente com o atraso motor e o que deve ser priorizado.

Os métodos utilizados dependem de cada profissional e também do paciente; todos os profissionais possuem bases empíricas e subjetivas. Alguns métodos utilizados como base para a estimulação precoce são Natalie Barraga, Piaget, Conceito Bobath, Gisell, Oregon, entre outros, e é importante ter conhecimento atualizado sobre os métodos utilizados.

O material terapêutico utilizado é semelhante em todas as instituições. Na Laramara há falta de material para o posicionamento adequado de crianças DV com déficits do DNPM. É importante utilizar o máximo de material disponível, porém, não deverão faltar materiais de diferentes texturas e tamanhos, objetos sonoros, objetos com contraste de cores, bolas, rolos, redes, colchonetes, escadas, balanços e iluminação adequada.

Em relação à questão de orientação à família, os profissionais entrevistados responderam como sendo este o fator mais importante no tratamento. Eles priorizaram a família, pois sem sua colaboração o atendimento não tem eficácia. Os familiares envolvidos com a criança deverão ser orientados durante e após o término do atendimento, sugerindo maneiras de como cuidar e estimular a criança.

A orientação social é dada pelo próprio fisioterapeuta ou profissional envolvido na estimulação precoce em todas as instituições.

Quem prescreve a alta fisioterapêutica do paciente é o próprio fisioterapeuta. E nas instituições em que a criança recebe atendimento adicional à estimulação precoce, como psicologia, AVD e OM, cada profissional dará a alta quando o paciente estiver habilitado em cada área. Sendo assim, por exemplo, a criança poderá receber alta da estimulação precoce, mas continuar o tratamento psicológico.

A última questão foi projetada com o objetivo de apontar algumas deficiências funcionais das instituições pesquisadas, especificamente no setor de fisioterapia, visando à melhora do tratamento da criança deficiente visual. O fisioterapeuta entrevistado da Fundação Dorina Nowill salientou a falta de maior contato com o médico neurologista, para discutir casos comuns entre eles. Os profissionais da Laramara relataram a falta de investimento no profissional, pois o interesse em informações e atualizações é importante tanto para a instituição como para o profissional. Faz-se necessário que a instituição invista de forma mais efetiva no seu profissional. Relatou-se também na Laramara a falta de tempo para discussões entre os profissionais, devido ao grande número de pacientes que são atendidos no mesmo dia e a rotina de trabalho. Para que haja tratamento integral e integrado, os profissionais, envolvidos com a mesma criança, devem discutir constantemente para que haja troca de informações e observações adicionais chegando a resultados mais satisfatórios. Os profissionais também expuseram uma ideologia de atendimento: ser ministrado em casa ou aumentar o período em que a criança recebe o atendimento na instituição. São sugestões bastante válidas, porém de difícil efetivação frente à realidade socioeconômica do país. A criança que não pode ir até a instituição por um comprometimento grave, como, por exemplo, um período pós-cirúrgico, receberia atendimento domiciliar, mas o tempo e o custo seriam grandes e incompatíveis com o tratamento. O fisioterapeuta do Centro Eva Lindstedt salientou a necessidade de contratação de um assistente social, de um psicólogo, de um terapeuta ocupacional e de um fonoaudiólogo. No Cepre, a fisioterapeuta responsável revela

que falta mais um fisioterapeuta para orientação e mobilidade, pois, após a estimulação e DNPM adequado, a criança estará habilitada a iniciar OM para tornar-se independente e integrada à sociedade. A fisioterapeuta da ONCE relatou que os recursos materiais e a falta de espaço são a deficiência do setor de estimulação precoce. Discordamos de tal afirmação, pois tivemos a oportunidade de observar os locais de trabalho das outras instituições e, por comparação, constatamos que a Once possui maior número de recursos materiais e que o espaço de trabalho é praticamente igual aos outros locais visitados.

Concluimos que todas as instituições pesquisadas, apesar de diferirem quanto aos profissionais que compõem suas equipes multidisciplinares e também quanto às estratégias empregadas na habilitação da criança DV, baseiam-se no mesmo tipo de intervenção: a “Estimulação Precoce”, sendo este o perfil das instituições visitadas. Essa intervenção é utilizada em crianças cegas ou com baixa visão na idade de 0 a 6 anos, podendo ser ministrada de diferentes formas e por diversos profissionais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às instituições e em especial aos profissionais que gentilmente concederam entrevista e permitiram observação do funcionamento dos serviços “Fundação Dorina Nowill para Cegos” (São Paulo – Brasil) – Dra. Ivete de Masi, Dra. Tatiana Ferraiol de Almeida e Dr. Américo A. Pivello, “Laramara Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual” (São Paulo – Brasil) – Dra. Vera A. S. Pereira, Rosana S. A. S. Furtado e Edna Eiko Nakahara, “Centro Eva Lindstedt” (São Paulo – Brasil) – Dra. Sílvia Veitzman e Luciana P. Cardoso, “Cepre – Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação” (Campinas – Brasil) – Dra. Solange G. Ravanine e “Once – Organización Nacional de los Ciegos de España” (Madri – Espanha) – Dra. Rosa Lucerga.

SUMMARY

Habilitation Strategies for Visual Handicapped Children in Specialized Institutions

Visual handicapped children have many difficulties in discovering and acquiring knowledge about their own body, the objects around and the indispensable concept of space, that is necessary to realize correct locomotion movements and to get independent mobility. The most frequent method used in specialized institutions for rehabilitation is that called “Precocious Stimulation”, where the involved professionals, among them the physiotherapist, stimulate the child to impede delays in the sensory-motor development becoming integrated and independent in the society.

KEY WORDS

Visual handicapped children, precocious stimulation, specialized institution.

Referências

1. Thylefors B. A global initiative for the elimination of avoidable blindness. *Am J Ophthalmol*, 125: 90-3, 1998.
2. Ciria M. La construcción del espacio en el niño a través de la información táctil. Madrid, Trotta 1993; 13-91.
3. Veitzman S. O desenvolvimento normal e anormal da visão. São Paulo, Santa Casa 1992; 1-60.
4. Javitt JC. Preventing blindness in americans: the need for eye health education. *Surv Ophthalmol*, 40: 41-4, 1995.
5. Umphred D. *Fisioterapia Neurológica*. 2ª ed. São Paulo, Manole, 1994; 701-733.
6. Delisa J. *Medicina de reabilitação*. São Paulo, Manole, 1992; 3 e 453.
7. Veríssimo H. A aprendizagem e déficit visual. Rio de Janeiro, Guanabara koogan, 1980; 52-69.
8. Agbeja AM & Cookey-Gam Al. Rehabilitation of the blind: a review. *East Afr Med J*, 69: 341-4, 1992.
9. Ramírez F. *Intervención educativa*. España, Caidv, 1989; 112-131.
10. Barraga N. *Textos reunidos*. Madrid, Guias, 1997; 14-79.
11. Bobath K. *Transtornos cerebromotores en el niño*. Buenos Aires, Editorial Medica Panamericana, 1992; 185-193.
12. Revuelta R. *Primeiros passos*. Madrid, Guias 1994; 5-46.
13. Revuelta R. *Palmo a palmo*. Madrid, Guias, 1993; 17-63.

Endereço para correspondência:

Marcia Maiumi Fukujima
Rua Arnaldo Baldoíno Wellter, 75/52
CEP 04310-070 São Paulo (SP)
E-mail: maiumi@sti.com.br
E-mail: sissyfontes@sti.com.br