

VANDA MARIA BOSZCZOWSKI MODTKOSKI

**ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE NA
REABILITAÇÃO DO DEFICIENTE VISUAL**

CURITIBA

1985

VANDA MARIA BOSZCZOWSKI MODTKOSKI

**ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE NA
REABILITAÇÃO DO DEFICIENTE VISUAL**

Monografia apresentada ao Curso
de Pós-Graduação em Educação Es-
pecial da Universidade Federal
do Paraná para obtenção do títu-
lo de Especialista em Deficiên-
cia Visual.

Orientadora: Profa. Roseli de Carvalho Baumel

CURITIBA

1985

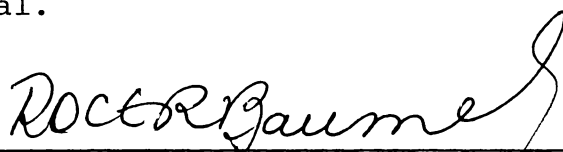
**ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE NA REABILITAÇÃO DO
DEFICIENTE VISUAL**

por

VANDA MARIA BOSZCZOWSKI MODTKOSKI

Monografia aprovada como requisito
final ao Curso de Pós-Graduação em
Educação Especial da Universidade
Federal do Paraná para obtenção do
título de Especialista em Deficiên-
cia visual.

Orientadora:



Prof.^a Roseli de Carvalho Baumel

Curitiba, de

de 1985.

SUMÁRIO

RELAÇÃO DE QUADROS	05
I - INTRODUÇÃO	06
1.1. Justificativa	06
1.2. Problema	08
1.3. Objetivo	08
II - O DEFICIENTE VISUAL	09
2.1. Definição da Clientela	09
2.2. Caracterização do Deficiente Visual	10
2.2.1. Orientação e Locomoção	11
2.2.2. Coordenação Motora	12
2.2.3. Inteligência	12
2.2.4. Percepção Sensorial	13
2.2.5. Linguagem e Comunicação	14
2.2.6. Expressão Facial	14
2.2.7. Personalidade e Ajustamento	15
2.2.8. Desenvolvimento de Aptidões	16
2.2.9. Aproveitamento Escolar	16
2.3. Alternativas de Atendimento	17
2.3.1. Para Educandos Portadores de Cegueira	18
2.3.2. Para Educandos Portadores de Visão Sub- normal	19
III- REABILITAÇÃO DO DEFICIENTE VISUAL	22
3.1. Conceito de Reabilitação.....	22

3.2. Centro de Reabilitação	24
3.2.1. Reabilitação Física	26
3.2.2. Reabilitação Social	27
3.2.3. Reabilitação Emocional	27
3.2.4. Reabilitação Profissional	28
IV - ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE	32
4.1. Resumo Histórico da Orientação e Mobilidade ...	32
4.1.1. Na Europa e Estados Unidos	32
4.1.2. No Brasil	35
4.2. O Que é Orientação e Mobilidade	38
4.2.1. Definição de Termos	38
4.2.2. Generalidades Sobre Orientação e Mobili- dade	40
4.2.3. A Técnica em Si	45
V - CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

RELAÇÃO DE QUADROS

QUADRO I - Práticas Básicas no Treino da Orientação e Mobili-	
dade	46

1.1. JUSTIFICATIVA

É fato indiscutível que um dos mais graves problemas gerados pela cegueira, seja congênita ou adquirida, é o da limitação da mobilidade.

Desde muito tempo, preconceitos raciais exigiam que os deficientes visuais vivessem em escolas residenciais ou em oficinas protegidas e o contexto do espaço em que viviam tornava praticamente desnecessária a locomoção. Poucas são as informações sobre indivíduos que superaram as restrições que a sociedade impunha e adquiriram locomoção própria e outros hábitos de independência.

Atualmente, os próprios indivíduos portadores de deficiência visual lutam pelos seus direitos, ao lado daqueles que reconhecem ser ele uma pessoa como outra, e como tal precisa ser tratado. Já se conseguiu algum progresso, embora restrições absurdas sobre suas capacidades e características pessoais ainda estejam vivas em muitos segmentos da sociedade.

Segundo Lowen (apud LENTE, 1968),

...hoje se cuida de testar as aptidões e os interesses dos indivíduos cegos, treiná-los para trabalhos que ainda não foram executados por pessoas nas suas condições e finalmente colocá-los e assisti-los nos seus empregos. Esta mudança completa de atitude proporcionou um crescente afluxo de cegos às indústrias, às empresas privadas e às diversas profissões.

Sem dúvida, a falta de técnicas de Orientação e Mobilidade é um dos grandes prejuízos causados pela cegueira ao indivíduo, obrigando-o à dependência contínua, impossibilitando-o para uma vida particular e profissional satisfatória.

Conforme Dunn (1971), para o cego, o desenvolvimento da locomoção, da orientação e das habilidades necessárias à vida é o que realmente lhe abrem a porta da existência, por isso devem constituir o ponto básico de sua educação.

Para Frumkim (apud ROUCEK, 1973), o deficiente visual deve aprender a realizar tarefas por si, a fim de evitar tendências ao devaneio, à inatividade e aos "ceguismos".

Sabe-se que, assim como qualquer indivíduo normal, o visualmente prejudicado também tem suas exigências básicas, mas sua excepcionalidade faz com que essas exigências se tornem mais cruciais.

Portanto:

- Precisa explorar o mundo circundante, para que seus sentidos remanescentes se desenvolvam, permitindo-lhe a alfabetização, a reabilitação e, conseqüentemente, a habilitação profissional.

- Precisa ter atitudes sociais que não o deixem em desvantagem em relação a outras pessoas, já que a sociedade dá um valor imenso à aparência e ao comportamento.

- Precisa ter disciplina e independência, tanto na sua vida particular como na vida social e profissional.

- Enfim, é necessário que o deficiente visual tenha um auto-conceito favorável e tenha toda liberdade para desenvolver-se e progredir no seu ritmo próprio.

Todos esses pontos são, direta ou indiretamente, relacio-

nados à Orientação e Mobilidade do deficiente visual. É preciso que estas técnicas não sejam esquecidas pelos responsáveis em planejamento de cursos para a formação de técnicos, necessidade urgente no Estado do Paraná. As técnicas de Orientação e Mobilidade também não podem ser relegadas a segundo plano nos Currículos e Programas de Escolas Especiais e Centros de Reabilitação, nem por aqueles que têm a função de orientar a família do deficiente, uma vez que é no lar que tem início os primeiros treinamentos.

Adquirir conceitos básicos de Orientação, utilizar corretamente a bengala longa, locomover-se em áreas residenciais e comerciais da cidade, saber utilizar-se dos meios de transporte existentes na localidade, manter uma postura adequada, são, entre outras, técnicas de Orientação e Mobilidade que farão do deficiente visual um indivíduo bem ajustado e auto-suficiente, perfeitamente adaptado à realidade da vida.

1.2. PROBLEMA

Este estudo vai responder a seguinte questão:

Qual a importância da Orientação e Mobilidade na reabilitação do deficiente visual?

1.3. OBJETIVO

Com o presente trabalho pretende-se demonstrar a importância da Orientação e Mobilidade para a vida pessoal e profissional do indivíduo deficiente da visão, cliente de Centro de Reabilitação para deficientes visuais.

2.1. DEFINIÇÃO DA CLIENTELA

Faz-se necessário diferenciar, entre a clientela portadora de deficiência visual, os alunos cegos propriamente ditos dos portadores de visão reduzida ou subnormal, antigamente denominados de amblíopes.

Telford (1976) diz que, em relação à deficiência visual, existem definições quantitativas, utilizadas para fins legais - administrativos, e definições funcionais, que variam de acordo com as finalidades que pretendem servir. Entre estas, está a "cegueira educacional", que, por sua importância prática tem sido sistematicamente estudada. Diz ele,

São educacionalmente cegas aquelas pessoas cuja visão é tão defeituosa que elas não podem ser educadas através da visão. A sua educação tem de ser feita, principalmente, através dos sentidos auditivo, cutâneo e cinestésico.

Segundo Fleming (1978), as crianças cegas são aquelas cujo aparelho visual não tem nenhuma utilidade. Legalmente, esse grupo inclui todas as crianças cuja acuidade central é de 20/200, ou menos, no olho melhor, e cuja maior correção possível ou restrição no campo visual é de um ângulo que subentende um arco de menos de vinte graus.

A cegueira pode ser congênita ou adquirida. É congênita quando ocorre até os cinco anos de idade e adquirida quando

acontece após essa idade, seja em decorrência de fatores hereditários, por doença, acidente ou outra causa qualquer.

De acordo com o Artigo 3º, Incisos III e IV da Portaria Interministerial nº 186 de 10.03.78, alunos portadores de visão subnormal ou reduzida, são os que possuem resíduos visuais em grau que lhes permita ler textos impressos à tinta, desde que empreguem recursos didáticos e equipamentos especiais para sua educação, excluindo as deficiências facilmente corrigidas pelo uso de lentes.

Ao contrário de algum tempo atrás, atualmente as crianças com severa perda visual são motivadas a utilizar ao máximo sua visão residual, uma vez que houve comprovação de que o esforço dispendido não prejudica os olhos, a não ser em casos muito especiais. Também não há mais razão de ser no fato de que todo indivíduo prejudicado visualmente deva aprender a ler e escrever em Braille, o que ainda acontece, infelizmente, em instituições que atendem o deficiente visual.

Do ponto de vista educacional, a criança cega aprende através do Braille e de outros meios específicos, enquanto a criança com visão subnormal é limitada apenas ao ponto de necessitar recursos educacionais especiais, como tipos ampliados, por exemplo. Portanto, o indivíduo com visão reduzida está apto a utilizar a visão como principal meio de aprendizagem.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DO DEFICIENTE VISUAL

O CENESP - Centro Nacional de Educação Especial (1979) caracteriza o deficiente visual de acordo com as seguintes áreas de concentração: Orientação e locomoção, Coordenação motora, Inteligência, Percepção sensorial, Linguagem e Comunicação, Expressão facial, Personalidade e ajustamento, Desenvolvimento de

aptidões e Aproveitamento escolar. Dessa caracterização colheram-se os dados mais significativos em relação à cada área.

2.2.1. Orientação e Locomoção

As funções de orientação mental, ou seja, "habilidade do indivíduo para reconhecer seu meio ambiente e suas próprias relações temporais e especiais" e locomoção física, "movimento do organismo para ganhar espaço por meio do seu mecanismo orgânico", são necessárias para a mobilidade. (Lowenfeld, 1963).

O cego deve fazer uso de todos os sentidos no esforço da orientação, necessitando de um "mapa mental" para guiá-lo. Deve fazer uso de sua experiência, para reconhecer situações de seu ambiente, da "memória muscular" e do sentido de tempo gasto para realizar determinado percurso. Entretanto, o autor afirma que, para ampliar seu mundo, o cego fica sempre dependente da assistência humana, embora o uso de bengalas e cães-guias possam auxiliá-lo em sua orientação.

Worchel (1962) evidenciou a importância da imagem visual na determinação da direção, ao constatar o desempenho superior dos videntes sobre os invidentes, em testes de orientação e percepção espacial.

Quanto à orientação geográfica no cego, estudos realizados por Worchel, McReinolds e Lowenfeld (1963), demonstram não haver diferenças entre o portador de cegueira congênita ou adquirida. Conclui-se que o grau de cegueira, a etiologia, a idade da cegueira, o Q.I. e o sexo também não constituem fator significativo.

Garry e Ascarelly (1963) concluíram que o treino é benéfico na organização espacial dos cegos congênitos.

2.2.2. Coordenação Motora

Kirk, (1972) diz que as pesquisas levadas a termo por alguns estudiosos do assunto mostraram que:

- Na criança cega existe um retardo no desenvolvimento geral, porém mais acentuado na área motora.

- O cego é inferior, quanto ao desenvolvimento motor, em relação ao de visão reduzida, e ambos são inferiores em relação ao vidente.

- Em uma criança até quatro anos de idade, existe uma sequência progressiva em postura, manipulação, conduta exploratória, linguagem e comportamento social.

- Pode haver interferência da experiência anterior no fato de alguns estudos terem demonstrado afinidade entre condições para aprendizagem em crianças cegas e sua mobilidade ou desempenho motor.

Gratt e Al (1968) observaram que a lateralidade é melhor estabelecida na criança com cegueira adquirida e que, não havendo orientação auditiva, a criança cega desvia-se com uma inclinação esquerda-direita ao andar, tendência que pode ser eliminada através do treino.

2.2.3. Inteligência

De acordo com Kirk, (1972), há dificuldade na avaliação da inteligência do deficiente visual, em razão dos recursos instrumentais, que na maioria incluem itens visuais, exigindo o uso de testes verbais e de "performance" tátil ou cinestésica.

Cita o pioneirismo de Samuel P. Hayer (1950), Dauterman, Shapiro, Suïmm (1967) e outros, que adaptaram testes psicológicos para cegos e cujas conclusões mais relevantes foram:

- Pintner avaliou 602 crianças com visão reduzida, testando-as pelo Stanford-Binet, encontrando em média um Q.I. 95. A ampliação do teste não revelou nenhuma diferença.

- Lowenfeld provou que o indivíduo cego tem a percepção e a cognição afetada, na medida da extensão e variedade de experiências, na habilidade de utilizá-las, no controle do ambiente e do "eu" em relação ao ambiente.

- Para Kirk, a reavaliação do nível intelectual da criança cega está muito atrasada, em vista das mudanças ocorridas ultimamente em suas condições de vida, isto é, da política de integração do cego em classes regulares, da ênfase dada ao desenvolvimento da visão residual e da mudança da atitude dos pais.

- Mesmo com a natural limitação de experiências por parte da criança deficiente visual, ocorrem aproximadamente os mesmos resultados dos testes de inteligência aplicados às crianças normais, desde que sejam aplicados testes com as mesmas características de comunicação auditivo-vocal e de resposta motora.

2.2.4. Percepção Sensorial

Lowenfeld (1963) diz que Hayes evidenciou o cego não possuir superioridade sobre o vidente em acuidade sensorial.

Outros estudiosos chegaram à mesma conclusão, em relação à sensibilidade auditiva, tátil e cinestésica e na comparação de imagens mentais.

Barraga (apud Kirk, 1972), efetuando treinamento experimental em dez pares de crianças com visão residual equivalentes, treinando um de cada par e usando outro como controle, demonstrou que o treinamento é importante para desenvolver ao máximo

a eficiência. Obteve resultados significativamente mais altos no grupo experimental, embora a acuidade medida não tenha aumentado em nenhum dos grupos.

2.2.5. Linguagem e Comunicação

Não há dúvida que o desenvolvimento da linguagem e dos conceitos efetuam-se mais lentamente na criança cega, já que esta aprende a falar através daquilo que ouve ou da observação ocasional daquilo que toca.

Kirk, (1972) afirma que Brieland reuniu as seguintes observações, comumente encontradas na literatura sobre a fala do cego: menos variedade vocal, falta de modulação, tende a falar mais alto e mais lentamente que o indivíduo normal, efetua menos gesticulação e ação com o corpo e usa menor movimentação dos lábios na articulação do som.

Cutsforth (1951) fez provas de verbalismo simples com 26 crianças, onde quase metade das respostas foram nomes de qualidades visuais, um terço eram qualidades ligadas ao tato e apenas 7% qualidade de paladar e olfato e 3% de audição. As demais respostas eram qualidades abstratas, portanto respostas irrealistas, verbalismo que funciona como busca de aprovação social.

Harley (apud KIRK, 1972), estudando o verbalismo de 40 crianças entre 6 e 14 anos, relacionando-o à idade cronológica (Ic), quociente de inteligência (QI), experiência e ajustamento social, concluiu que o verbalismo decresce com a idade, no Q.I. mais alto é menor e que à maior experiência, com a idade, corresponde menor verbalismo.

2.2.6. Expressão Facial

Fulcher (apud KIRK, 1972), examinando videntes e cegos

no modo de expressar suas emoções, fotografou seus movimentos. Analisando essas expressões, constatou-se que:

- O cego mostra menor atividade facial que o vidente ao expressar suas emoções.
- A quantidade relativa de atividade facial na expressão da emoção é quase a mesma para o cego como para o vidente.
- A atividade facial aumenta com a idade no vidente, mas decresce com a idade, no cego.
- O cego mostra, em pensamentos idênticos, ligeiras diferenças de movimento facial, expressando emoções diferentes.
- As expressões do vidente são mais adequadas que as do cego.

2.2.7. Personalidade e Ajustamento

Nas diversas pesquisas efetuadas nesta área, tem sido evidenciada a importância da superproteção dos pais e as dificuldades de relacionamento com companheiros cegos e videntes.

Sommers (apud KIRK, 1972) distribuiu um questionário para 72 mães, obtendo cinco tipos de reações dos pais em relação à deficiência do filho: aceitação verdadeira, negação simulada de qualquer dos pais, superproteção e excesso de piedade, rejeição disfarçada e rejeição aberta.

Outros estudiosos concluíram que:

- Os problemas emocionais da criança cega são induzidos pelos videntes.
- A criança cega, emocionalmente mais vulnerável que a vidente, sofre mais com as atitudes dos pais que tendem a ser coercivos ou são incapazes de dar-lhes afeto. Torna-se evidente a importância da responsabilidade dos pais e dos sentimentos de

segurança da criança deficiente visual.

- Quando a criança vidente tem experiência com a criança cega, sua estimativa da habilidade de crianças cegas é maior do que da criança vidente que não tem contato com a cega.

- O desajustamento social e emocional não acontece devido à deficiência visual.

2.2.8. Desenvolvimento de Aptidões

Moor (apud LENTE, 1967), ressalta o possível atraso no desenvolvimento que muitas crianças cegas apresentam, principalmente na fase que antecede a escola, quando vítimas, no contexto familiar, de excesso de proteção, subestimulação e excesso de expectativa. Geralmente são lentas, têm dificuldade na habilidade de vestir-se, alimentar-se e limpar-se, não utilizam adequadamente a linguagem como meio de comunicação e têm problemas de mobilidade.

Tilman (apud KIRK, 1972) aplicou o teste WISC em cem crianças cegas e igual número de crianças videntes, constatando escore igual em aritmética, informação e vocabulário. As crianças cegas obtiveram resultados inferiores em compreensão e semelhança.

Testes de habilidade diversificada de pensamento, aplicados por estudiosos, comparando crianças cegas de escolas residenciais e de escolas comuns com crianças videntes, não constatarem diferenças significativas entre elas.

2.2.9. Aproveitamento Escolar

Os estudos que verificaram o aproveitamento escolar de crianças com deficiência visual demonstram que:

- Em todos os graus escolares elas são tão bem classificadas quantos as crianças videntes com a mesma idade cronológica.

- Em testes americanos de leitura, o nível foi idêntico ao da criança com visão, excetuando-se o teste que inclui o elemento "tempo", no qual o resultado foi mais baixo, elevando-se em testes de leitura silenciosa. Em relação à análise de erros de inversão, estes foram mais numerosos que os das crianças videntes.

- Geralmente ocorre um atraso quanto à série e idade cronológica da criança deficiente visual.

- As crianças que aprendem o sistema Braille não o fazem com palavras inteiras, mas pela integração dos caracteres.

- O treino do Sistema Braille reduz os erros de reconhecimento.

- Geralmente o deficiente visual, ao entrar na escola, apresenta um atraso em seu desenvolvimento, embora seja passível de recuperação.

- Em um sistema de educação integrada, pode-se classificar o deficiente como um "inadaptado", indicando que o estado de equilíbrio do indivíduo com seu meio físico ou social não foi realizado ou não está acabado. Diferencia-se da condição de "desadaptado", que refere-se ao caso onde o equilíbrio está destruído ou comprometido.

2.3. ALTERNATIVAS DE ATENDIMENTO

Conforme os "Subsídios para organização e funcionamento de serviços de Educação Especial - Área de Deficiência Visual" (CENESP - Centro Nacional de Educação Especial, 1984), o encaminhamento de deficientes da visão para os diversos serviços de

atendimento educacional, deverá sempre levar em conta o tipo e o grau de deficiência, a idade que o aluno entrou no circuito da educação, o nível ou tipo de ensino, a disponibilidade de recursos educacionais na comunidade em que vive, suas condições econômicas, sociais e culturais e inúmeras outras variáveis que interferem na prescrição do atendimento adequado. Em suma, é com base no estudo de cada caso que poderá ser proposto o programa de educação especial.

Para tanto, foram fixadas as seguintes alternativas de atendimento para deficientes visuais:

2.3.1. Para Educandos Portadores de Cegueira

a) Aos sete anos, idade em que geralmente é alfabetizada, a criança cega, desde que tenha seguido um programa de estimulação precoce e/ou tenha frequentado um jardim de infância com atendimento especializado e, ainda, dependendo de suas condições de aprendizagem e da situação sócio-econômica da família, poderá frequentar uma escola comum, sempre que possível próxima de sua residência, desde que esta escola disponha de sala de recursos com professor especializado, para sua alfabetização.

b) Da 1.^a à 5.^a série do 1.^o Grau, a criança cega poderá frequentar a escola comum, desde que possua idade compatível com o nível de escolaridade e que a escola possua sala de recursos e professor especializado, garantindo as condições necessárias para que o educando possa seguir o currículo escolar no mesmo ritmo de seus colegas de visão normal.

c) A partir de 6.^a série do 1.^o grau, o aluno deficiente visual poderá frequentar a escola comum apenas com auxílio do professor itinerante.

d) O aluno cego que concluir o 1º grau em escola comum ou especial poderá continuar seus estudos no 2º grau da escola comum, ainda com assistência do professor itinerante.

e) No caso de não existir o serviço itinerante previsto nos itens anteriores, o aluno cego poderá frequentar a escola comum e receber atendimento especializado numa Escola ou Centro de Educação Especial (reforço pedagógico, orientação e mobilidade, atividades de vida diária - AVD).

f) Ao concluir o 2º grau, o educando cego poderá frequentar cursos de nível superior compatíveis com sua deficiência, contando, ainda, com atendimento especial para apoio.

g) Para os portadores de cegueira que ingressam tardiamente na escola, sem ter recebido nenhum tipo de estimulação e apresentando atraso considerável no seu desenvolvimento global, faz-se necessário programa especial que lhes possibilite experiências para compensar a defasagem no seu desenvolvimento, muitas vezes de 3 a 4 anos. Neste caso, a orientação técnica é o atendimento em Escola Especial, incluindo a formação profissional.

h) O aluno cego que iniciou tardiamente seus estudos numa Escola Especial poderá, quando possível, ser encaminhado ao Ensino Supletivo de 1º e 2º graus para concluir sua educação, recebendo atendimento especializado simultâneo por professor itinerante ou na Escola ou Centro de Educação Especial.

2.3.2. Para Educandos Portadores de Visão Subnormal:

a) Aos seis anos, o educando com visão subnormal poderá ser alfabetizado através da leitura e escrita comuns (em

tipos ampliados), numa sala de recursos de escola comum, onde lhe sejam garantidos, além do professor especializado, auxílios ópticos adequados à sua deficiência visual, desde que apresente satisfatórias condições de aprendizagem.

b) O aluno com visão subnormal poderá ser encaminhado à escola comum a partir da 1.^a série do ensino de 1.^o grau, dependendo também de apresentar condições de aprendizagem e de a escola possuir sala de recursos e professor especializado para seu atendimento.

c) A partir da 3.^a série do ensino de 1.^o grau, o aluno com visão subnormal poderá frequentar escola comum de 1.^o e 2.^o graus apenas com a assistência do professor itinerante, sempre que lhe sejam garantidos os auxílios ópticos adequados à sua deficiência visual.

d) No caso de não existir serviço itinerante, o educando de visão subnormal deverá receber atendimento especializado numa escola ou centro de educação especial.

e) No 3.^o grau, o educando de visão subnormal poderá, ainda, necessitar de atendimento para apoio em escola ou centro de educação especial.

f) Também para os educandos com visão subnormal que ingressam tardiamente na escola, sem ter recebido nenhum tipo de estimulação e apresentando atraso considerável no seu desenvolvimento global, é recomendado o atendimento em escola especial.

g) Da mesma forma, o aluno de visão subnormal que iniciou tardiamente sua educação em escola especial poderá ser encaminhado, após sua alfabetização, ao Ensino Supletivo de 1.^o e 2.^o graus, recebendo atendimento especializado simultâneo por professor itinerante em escola ou centro de educação especial.

O CENESP - Centro Nacional de Educação Especial (1984) faz ainda as seguintes recomendações:

- A criança com deficiência visual somente deverá ser encaminhada à escola comum se a família tiver condições sócio-econômicas para mantê-la no lar e a escola possuir condições mínimas para oferecer o ensino especializado.

- Os educandos deficientes visuais que residem em regiões onde não há atendimento especial, deverão fazer o 1º grau em escola especial, em local onde exista este tipo de escola.

3.1. CONCEITO DE REABILITAÇÃO

Blank (apud LENTE, 1967) afirma que a palavra "reabilitação" tem conotações semânticas que depreciam o seu sentido real, pois, seu significado, para muitas pessoas, é um modo mecânico de considerar uma moléstia com o objetivo de fazer com que o indivíduo volte ao padrão anterior de funcionamento.

Em relação à cegueira congênita, o mais correto seria o emprego da palavra "habilitação". A diferença entre ambas, é que reabilitação é a capacidade de alguém retornar a um modo de vida já passado, enquanto a habilitação é fazer com que alguém se desenvolva para enfrentar bem a vida pela frente.

Para o serviço de educação de deficientes visuais do Departamento de Educação Especial da Secretaria de Estado da Educação do Paraná (1981), ao conceituar-se reabilitação, há necessidade de analisar primeiramente o que é "habilidade", ou seja, o potencial inerente ao ser humano para a aquisição de destreza e aperfeiçoamento dos hábitos, enquanto a reabilitação, para o cego, consiste em procurar a restauração de habilidades a fim de propiciar sua plena integração no meio ambiente.

Segundo Blank (apud LENTE, 1967), o termo "reabilitação" foi resgatado por psicanalistas, os primeiros a estabelecerem um corpo de teorias e práticas visando ajudar o indivíduo a ajudar-se a si mesmo, que procuraram dar a ele uma participação responsável no próprio tratamento, que tiveram também como obje-

tivo a aquisição de um nível de produtividade e de uma atividade criadora superior à sua atuação anterior.

Para ele, a reabilitação tem como objetivo permitir ao indivíduo fisicamente deficiente, a máxima utilização dos seus recursos físicos e psíquicos. O maior interesse da reabilitação não é a deficiência em si mesma, mas a maneira pela qual a pessoa incapacitada maneja seus próprios problemas, bem como a elucidação dos aspectos positivos da pessoa incapacitada, sejam estes de ordem física ou psicológica.

De acordo com o II Encontro de Técnicas de Reabilitação, promovido pela Associação Brasileira de Fonoaudiologia, em São Paulo, no ano de 1976 (apud LENTE, 1976), reabilitação é:

um processo global, contínuo e coordenado de trabalho interdisciplinar, que visa proporcionar às pessoas portadoras de deficiência física ou mental, maior aproveitamento de suas potencialidades a fim de que, dentro de suas limitações, consiga atingir satisfatório grau de independência pessoal e, conseqüentemente, integração na comunidade.

Aceita-se este conceito por ser bastante amplo, abrangendo em seu contexto as pessoas portadoras de cegueira congênita, que necessitam de habilitação, as com cegueira adquirida, que necessitam de reabilitação, bem como as portadoras de visão subnormal.

No encontro acima citado, foi delineada a Filosofia de Reabilitação, a qual baseia-se na dignidade humana e no direito do Homem em obter uma vida satisfatória. Consiste na prestação de serviços a pessoas portadoras de deficiência, sem discriminação

alguma de raça, credo, causa e natureza da incapacidade que apresenta, atendendo somente que é um Ser Humano e tem uma dignidade intrínseca e, como tal, direitos políticos, sociais e humanos e, entre estes últimos, obter o máximo possível de satisfação pessoal, desenvolvimento e utilidade social.

3.2. CENTRO DE REABILITAÇÃO

Centro de Reabilitação para deficientes visuais é uma Instituição, geralmente criada por uma entidade mantenedora particular, que atende adolescentes e adultos, portadores de cegueira congênita, adquirida e com visão subnormal, com a finalidade de, sob a orientação de uma equipe multidisciplinar, fazer a triagem, a avaliação, o tratamento e o treinamento de hábitos e habilidades necessárias à vida do excepcional, visando sua integração ou reintegração na força de trabalho e na sociedade.

Para que o Centro de Reabilitação funcione à contento e atinja os objetivos a que se propõe, faz-se necessário um bom entrosamento entre os membros que compõe a equipe multidisciplinar, ou seja: professores, orientadores, médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais que ali atuem.

Blank (apud LENTE, 1967) salienta o trabalho de equipe dos profissionais envolvidos na reabilitação, dizendo, inclusive, que o funcionamento em equipe precisa ser aprendido, pois não surge espontaneamente pelo simples fato de haver um grupo de peritos que concordam em trabalhar por objetivos comuns. O processo de aprendizado deve ser estruturado através da programação de freqüentes reuniões de equipe, e dedicadas à admissão de clientes, a diagnósticos, a avaliações, tanto do aluno como dos profissionais e da equipe. Outros cuidados especiais em

em relação à esta equipe são:

- Evitar seu "encasulamento", permitindo, sempre que possível, a presença de participantes profissionais não pertencentes ao Centro de Reabilitação, para haver interprenetração científica entre os membros.
- Cada membro deve ser respeitado e valorizado, individualmente.
- Estimular seu contínuo desenvolvimento profissional, inclusive para aqueles membros que tiveram um treinamento profissional inadequado, mas que procuram trazer contribuições à Equipe.
- Deve manter comunicação eficiente, tanto entre seus membros como com outras equipes ou profissionais que operem no mesmo campo ou em campos afins, pois é tendência humana permanecer isolada e pouco evoluída, criando solo fértil ao desenvolvimento de interesses particulares e de inflexibilidade.

Maciel (apud ANAIS DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO DE DEFICIENTES VISUAIS, 1966), falando da importância de um bom trabalho em equipe, diz:

A prática do trabalho de equipe vai além de simples idéia de coordenação de serviços. Reclama o amadurecimento profissional, que é uma ambição de honestidade intelectual, reconhecimento de autolimitação e refinamento ético. A consequência da conquista desses aspectos é que o melhor trabalho da equipe não se verifica apenas nas reuniões, mas, principalmente fora delas, quando cada membro executa uma tarefa específica utilizando sua habilidade profissional com total apreço à opinião da equipe. A garantia do trabalho neste nível é a posição filosófica do grupo, cada um é antes de mais nada um terapeuta que sente a

responsabilidade pelos problemas do cliente, que suplantam suas ambições profissionais.

Segundo Gallagher (apud LENTE, 1966), que realizou um estudo sobre indivíduos portadores de cegueira adquirida, são quatro os estágios pelos quais o cliente deve passar para que seja reabilitado totalmente: reabilitação física, social, profissional e emocional. Com as devidas adaptações aos demais tipos de deficiência visual, ou seja, cegueira congênita e visão subnormal, estes mesmos estágios também podem ser aceitos.

3.2.1. Reabilitação Física

Na reabilitação física três aspectos são importantes:

a) O cliente deve receber toda assistência médica de que necessita, e da melhor qualidade. Não deve se contentar com o diagnóstico de um único médico, porque é necessário que se empreguem todos os meios possíveis para a restauração de sua visão.

b) Quando a medicina nada puder fazer pela visão do cliente, o oftalmologista deverá pô-lo à par de que seu problema não tem solução. A reabilitação não deverá ser iniciada antes que o cliente esteja convencido de que terá de passar o resto de sua vida como deficiente visual. É neste momento que o psicólogo deve intervir no sentido de ajudar o cliente a vencer seu estado de choque e depressão, convencendo-o de que, com treinamento adequado, tudo será mais fácil.

c) O psicólogo deve ajudar o cliente na compreensão da necessidade de uma boa aparência física, questão delicada e que requer muito tato, pois nesta fase há uma tendência natural, por

parte do deficiente visual, de não se preocupar (ou fingir despreocupação) com a aparência, daí a necessidade da intervenção do psicólogo.

3.2.2. Reabilitação Social

Para que o deficiente visual venha a se sentir bem no meio social, é preciso que se dê ênfase não apenas à comunicação escrita, mas também à comunicação falada.

Outro ponto muito importante é sobre a aprendizagem das técnicas de locomoção que, além do aprendizado das técnicas da bengala longa, não deve deixar de lado o desenvolvimento dos sentidos remanescentes.

Enfim, o cliente vai aprender novas técnicas para funcionar com independência, novas técnicas em comunicação, locomoção e outros setores da vida diária. Vai aprender o Braille, o Soro-bá, o uso do Optacom, a datilografia Braille e a comum, a assinatura do nome e regras de conduta que possibilitarão sua reintegração no meio social.

3.2.3. Reabilitação Emocional

São muitas as frustrações provenientes da deficiência visual, principalmente quando ela aparece repentinamente, por acidente ou outra causa qualquer. Coisas que o indivíduo antes fazia rotineiramente agora são tarefas difíceis, tudo se torna complicado e as perspectivas quanto ao futuro são sombrias. Novamente será competência da equipe fazer o deficiente ajustar-se como pessoa, pois quando ele tiver uma atitude adequada em relação à sua deficiência, sua personalidade voltará a estruturar-se e a reabilitação se torna possível.

12

DEB

3.2.4. Reabilitação Profissional

No caso de deficiência visual ter atingido o profissional adulto, seria ideal que fossem envidados todos os esforços possíveis no sentido de fazer com que o cliente volte ao mesmo tipo de ocupação de antes ou a uma atividade que se assemelhe. Caso isso não seja possível, será preciso lançar mão de muitas estratégias, para que o deficiente descubra novos tipos de interesses, podendo fazer dele um indivíduo atuante e independente profissionalizante.

Em se tratando de um indivíduo jovem, haverá a necessidade de prepará-lo muito bem psicológica e profissionalmente, para enfrentar o mercado competitivo que o aguarda.

Centro de Reabilitação ideal é aquele que, além de bem instalado fisicamente, com equipamentos e recursos especiais para deficientes visuais, conta com uma equipe multidisciplinar cujos profissionais atuam em várias áreas, sendo que, entre as mais importantes se incluem, conforme a CNEC - Campanha Nacional de Educação de Cegos (1970):

- Serviço Social de Casos: Na triagem, ao Serviço Social de caso cabe determinar a elegibilidade do caso do ponto de vista social. Através de entrevistas com o cliente e com a família, proporciona orientação e apoio com o objetivo de ajudá-los a encontrar soluções para os problemas decorrentes da deficiência visual. Providencia ajuda econômica, encaminhamentos médicos, colabora na avaliação para o estabelecimento de um programa de reabilitação e serve como elemento de ligação entre os recursos disponíveis na comunidade, para sua colocação profissional.

- Serviço Social de Grupo: Tem como principal função preparar o reabilitando para uma vida associativa adequada, moti-

vando-o para participação na vida social. Seu programa inclui atividades recreativas e de lazer.

- Treinamento de Atividades de Vida Diária - AVD: Envolve o desenvolvimento de habilidades físicas, mentais e sociais para proporcionar o máximo de independência e auto-suficiência em necessidades da vida quotidiana. As atividades básicas desenvolvidas em AVD incluem: alimentação, higiene pessoal e vestuário, aparência pessoal, higiene e arrumação da casa, administração do lar, comunicação pelo telefone, verificação das horas e enfermagem caseira.

- Terapia Ocupacional: Tem como finalidade auxiliar o cliente, através de uma ocupação, a desenvolver a coordenação motora, a sensibilidade tátil, dar noção de direção, formas e volumes, ensinar a usar os sentidos remanescentes e técnicas que possam ser utilizadas dentro de suas limitações: promover a iniciativa, auto-confiança e independência, aliviar tensões e descarga de agressividade. Também fazem parte da Terapia Ocupacional as atividades que incluem tarefas em couro, costura à mão e à máquina, trançagem, tecelagem, cerâmica, crochê, tricô, pintura e outros.

- Comunicações: Através de técnicas especiais, o cliente pode restaurar a comunicação pela escrita e datilografia Braille, datilografia comum e grafia em tinta. Além disso, o treinamento inclui uso de aparelhos para cálculo como o sorobá, cubarítimo e optacom, máquina de escrever Braille e/ou comum, réguas especiais para assinatura e outros.

- Fisioterapia: Baseia-se principalmente no uso ativo da mecanoterapia e ginástica, com a finalidade de estimular no cliente a correção funcional dos sistemas neuromuscular e sensiti-

vo-motor. As atividades de Fisioterapia incluem exercícios posturais, de equilíbrio, de coordenação motora, de ginástica corretiva, de bicicleta, de corda, respiratórios, de orientação espacial e corporal, com pesos, exercícios gerais para movimentação, de reeducação da marcha, de relaxamento e exercícios na piscina.

- Locomoção: Implica no uso sistemático e racional dos movimentos e sentidos para garantir segurança e equilíbrio, elegância e eficiência de movimentos. Além de outras técnicas necessárias, inclui a técnica do uso da bengala longa, considerada um dos mais eficientes auxílios na locomoção do deficiente da visão. O ensino da locomoção exige um prévio treinamento psico-motor e abrange, entre outros, a locomoção em casas comerciais, correios, transportes coletivos, bancos, escadas rolantes, portas giratórias, uso do guia vidente, técnicas de proteção ao caminhar e outras.

- Serviço de Psicologia: Na triagem, cabe ao Serviço de Psicologia determinar a elegibilidade do caso, do ponto de vista psicológico. O cliente recebe, após a avaliação psicológica com testes adaptados, orientações, aconselhamentos e tratamento no que se refere aos problemas emocionais e de ajustamento.

- Orientação Vocacional e Colocação Profissional: Visa colaborar, orientar e discutir com o cliente o plano futuro de ocupação profissional, auxiliando na colocação no mercado comum, de clientes que tiverem condições exigidas pela atividade competitiva. A Oficina Protegida é um dos setores da Orientação Vocacional e Colocação Profissional que proporciona a oportunidade de aquisição de bons hábitos de trabalho, proporcionando também esclarecimentos sobre legislação trabalhista e previdência social.

Todas essas técnicas que o Centro de Reabilitação para deficientes visuais oferece aos seus clientes envolvem duas considerações básicas:

- Primeiro, que cada membro de uma sociedade democrática, independente de suas limitações físicas, tem direito à oportunidade de ganhar seu sustento e dar sua contribuição à sociedade.

- Segundo, que a sociedade tem obrigação de igualar, da melhor maneira possível, e através de serviços especiais, a oportunidade da pessoa ganhar seu sustento de maneira igual à oportunidade dada aos membros não deficientes da sociedade.

Enfim, o objetivo último da educação e da reabilitação é fazer com que o deficiente visual atinja o máximo de auto-suficiência e independência que lhe for possível.

4.1. RESUMO HISTÓRICO DA ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE

4.1.1. Na Europa e Estados Unidos

Através da literatura sobre o assunto e dos livros de História Mundial, temos notícia que desde a antiguidade os deficientes visuais utilizavam, para sua movimentação: um guia humano, o bordão de madeira ou o cão, que eram utilizados de acordo com a criatividade e iniciativa pessoal do líder.

Somente após a Primeira Guerra Mundial é que o Governo Alemão, alarmado pela enorme quantidade de veteranos cegos de guerra, tomou a iniciativa de criar um programa para treinar cães-guias para os Ex-soldados.

O mesmo programa de preparo de cães-guias foi levado a efeito na Suíça, e em 1929 nos Estados Unidos, sendo considerado, segundo o PROMOB - Programa de Orientação e Mobilidade (apud LENTE, 1975), o primeiro avanço para a segurança e independência da pessoa cega e o reconhecimento da necessidade de treinamento formal no uso de auxílios para a Mobilidade.

Por ocasião da Segunda Grande Guerra, o problema da Orientação e Mobilidade para deficientes visuais passou a ser estudado experimentalmente num Hospital da Pensilvânia, Estados Unidos. Um médico, Richard Hoover, empenhou-se no estabelecimento de uma técnica que possibilitasse aos veteranos de guerra a

readquirirem sua independência e mobilidade: a chamada Técnica da Bengala Longa, Bengala Comprida ou Técnica de Hoover, que consiste em testar o solo com a ponta da bengala, através da sincronização do passo com o movimento da bengala.

Cruickshank (1975) assim a descreve:

A bengala é mantida um pouquinho acima do solo e movida num arco da mesma largura que o corpo, de maneira que se mova para a direita um pouco antes que o cego avance o pé direito, e para a esquerda um pouco antes que ele avance o pé desse lado.

A técnica da bengala longa foi aperfeiçoada no Hospital de Veteranos de Illinóis, obtendo tanto sucesso que passou a ser incorporada aos programas de Centros de Reabilitação americanos. Esses Centros de Reabilitação enviavam seus profissionais a Illinóis para a aprendizagem da Técnica Hoover, mas não era dada, paralelamente ao treinamento, nenhuma instrução formal para qualificar os instrutores de mobilidade.

Em 1959, a American Foundation for the Blind promoveu a primeira conferência sobre Orientação e Mobilidade, que foi realizada em New York. Sua Finalidade foi estabelecer critérios básicos para a seleção de candidatos aos cursos e um currículo básico para treinamento.

Nesta conferência foram planteadas as seguintes recomendações em relação aos profissionais que atuariam em programas de Orientação e Mobilidade:

- 1 - Imprescindível o curso de formação.
- 2 - Duração mínima de um ano.
- 3 - Elegibilidade:

- a) Instrução: certificados de cursos em educação, ciências biológicas, psicologia e sociologia.
- b) Condições Físicas: visão: somente imperfeição visual que atinja 20/20; campo visual perfeito e nenhuma evidência patológica.
Audição: normal.
Saúde geral: boa.
- c) Características de personalidade: otimista, fácil relacionamento, incentivadora, paciente, equilíbrio emocional, transmitir segurança, prazer pelo trabalho, alegre, etc.
O instrutor jamais poderá apresentar características de: impaciência, autoritário, impulsividade, intolerância, agressividade, superproteção, morbidez, desonestidade.

4 - Currículo:

- a) Orientação física e mobilidade.
- b) Dinâmicas de comportamento humano ligadas à cegueira.
- c) Funções do corpo humano.
- d) Percepção e sua relação à cegueira.
- e) Implantações culturais e psicológicas da cegueira.

O Currículo deverá abranger parte teórica e prática.

PROMOB (apud LENTE, 1975).

Após a Conferência de New York, teve início o primeiro Curso de Mobilidade na Universidade de Western Michigan, inicialmente voltado para a pessoa adulta portadora de cegueira e mais tarde para a criança cega, nas diversas fases de desenvolvimento até a idade adulta, bem como para portadores de visão subnormal.

Esses programas foram desenvolvidos por escolas outros serviços de Educação Especial, possibilitando sua fundamentação através da observação, de pesquisas e experimentos.

Nos Estados Unidos os programas de Orientação e Mobilidade desenvolveram-se e aperfeiçoaram-se através da formação de especialistas em cursos de pós-graduação. Surgiu uma nova profissão, a Peripatologia, ou seja, o estudo da movimentação no ambiente, abrangendo assim todas as necessidades de Orientação e Mobilidade do cego e do portador de visão reduzida.

O progresso científico-tecnológico possibilitou a aplicação de instrumentos eletrônicos que são utilizados pelos deficientes visuais em sua luta contra a dependência: bengalas laser, óculos eletrônicos munidos de radar para a percepção de obstáculos, além de auxílios ópticos para os portadores de visão subnormal.

4.1.2. No Brasil

Segundo o PROMOB - Programa de Orientação e Mobilidade (apud LENTE, 1975), a introdução do ensino de Orientação e Mobilidade para deficientes visuais no Brasil teve início em 1955, quando, por solicitação da professora Dorina de Gouvêa Nowill, a Administração de Assistência Técnica de Assuntos Sociais das Nações Unidas, enviou o senhor Ernest H. Getlif, especialista em educação e reabilitação da "Royal School of Industries for the Blind", da Inglaterra, para prestar assistência técnica à Fundação para o Livro do Cego no Brasil (FLCB) e sugerir medidas para a solução de problemas, por um período de três meses.

Getlif sugeriu que a Organização das Nações Unidas, através da Organização Internacional do Trabalho, enviasse ao Brasil

um profissional para aqui permanecer por um ano. Foi designado para esta missão o senhor Joseph A. Asenjo, cuja vinda, em 1957, teve como objetivo: o planejamento de um Centro de Reabilitação, a reorganização da Oficina de Trabalho para cegos, o planejamento de um programa de Unidades Comerciais e a colocação de pessoas cegas na Indústria.

Asenjo acabou permanecendo mais tempo no Brasil, tendo treinado dois Instrutores de Mobilidade na técnica da bengala longa, em janeiro de 1958, na Fundação para o Livro do Cego no Brasil. Em setembro do mesmo ano ministrou aulas de Orientação e Mobilidade para professores especializados no ensino de cegos, em um curso de trinta horas. A continuidade do programa foi possível através de acordo entre a Fundação para o Livro do Cego no Brasil e o Instituto de Reabilitação da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo, que em 1959 realizou o primeiro Curso de Treinamento de Instrutores de Mobilidade. Este teve uma carga horária de 1.260 horas, com o seguinte Currículo: Anatomia, Fisiologia, Física e Química, Administração Hospitalar, Enfermagem, Psicologia, Cinesilogia, Patologia, Orientação e Mobilidade, Atitudes em face da cegueira e Aspectos Culturais e psicológicos da cegueira. O treinamento prático foi feito na Fundação para o Livro do Cego no Brasil e no já citado Instituto de Reabilitação.

Em janeiro de 1967, duas professoras da Secretaria de Educação da Guanabara fizeram cursos, visitas e estágios em escolas, Serviços de Educação Especial e Reabilitação nos Estados Unidos. Voltando ao Brasil, de 1968 a 1972 desenvolveram um trabalho visando esclarecer e orientar professores especializados quanto:

- à necessidade da Orientação e Mobilidade para a criança deficiente da visão, desde o nascimento;
- ao papel do professor especializado no programa de Orientação e Mobilidade;
- à participação do professor de Orientação e Mobilidade na equipe de Educação Especial.

A partir de 1969 foram realizados cursos visando a formação de professores de Mobilidade em alguns estados brasileiros, sendo patrocinados pela Fundação para o Livro do Cego no Brasil. Há que destacar também a participação do MEC - Ministério da Educação e Cultura - que, em conjunto com a Fundação para o Livro do Cego no Brasil promoveram a vinda de importantes especialistas europeus e americanos para Seminários cujos objetivos eram de analisar a situação de programas de Orientação e Mobilidade realizados no Brasil. Esses Seminários constataram a precariedade dos referidos programas e a necessidade de sanar as deficiências na formação de professores.

Como plano prioritário de ação, foi considerada mais urgente a ida de um bolsista brasileiro para especialização na Universidade de Western Michigan, com a finalidade de, através de uma formação à nível de pós-graduação, aperfeiçoar e implementar os programas de Orientação e Mobilidade no Brasil.

Cursos intensivos e de atualização foram realizados em São Paulo, contando com alunos de várias partes do País.

A partir de 1975, a Fundação para o Livro do Cego no Brasil, desenvolveu projetos que visavam a efetivação de intercâmbio técnico e científico entre os profissionais de Orientação e Mobilidade no Brasil, Cursos Intensivos de Orientação e Mobilidade, além de empenho na regulamentação do Curso de Orientação e Mobilidade.

Nos dias atuais esporadicamente tem-se notícia de realização de cursos que visam a formação de Instrutores de Orientação e Mobilidade, embora sua oferta ainda esteja muito aquém da real necessidade do País.

4.2. O QUE É ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE

4.2.1. Definição de Termos

Sylas Fernandes Maciel, falando sobre "Mobilidade e Locomoção", no I Congresso Brasileiro de Educação de Deficientes Visuais, realizado em São Paulo em 1966, diz que este tema é um dos mais significativos, por estar ligado ao anseio mais genuíno da natureza humana, a liberdade, e por ser o atendimento mais adequado das necessidades da vida humana, o movimento.

Diz também:

Considerando as exigências da vida, pode-se apontar como uma das condições essenciais para desfrutá-la em toda a pujança, a possibilidade de "ir em direção à". Assim, para o desenvolvimento intelectual e social, é necessário ir à escola; para o aprimoramento espiritual é necessário ir ao Templo; para o desenvolvimento econômico-financeiro, é necessário ir ao trabalho. Enfim, para o provimento de todas as necessidades diárias, é imprescindível o movimento em direção à, quer a vida se desenvolva na zona rural ou urbana.

Nesta parte do trabalho faz-se necessário conceituar os termos: "Orientação", "Mobilidade", bem como diferenciar este último de "Locomoção".

O PROMOB - Programa de Orientação e Mobilidade (apud,LENTE, 1975), cita o conceito de Lowenfeld, para o qual Orientação

é a habilidade do indivíduo para reconhecer o ambiente que o cerca e o relacionamento espacial e temporal do ambiente em relação a ele próprio.

Mobilidade é a capacidade ou estado nato do ser orgânico de se mover, reagindo a estímulos internos ou externos, que podem abranger qualquer área do organismo, quer em equilíbrio estático ou dinâmico.

A Orientação e a Mobilidade para a pessoa com incapacidade visual, proporciona a habilidade de conhecer seu ambiente e mover-se mais livremente, pelo uso de técnicas específicas, adquiridas através de aprendizagem e aplicação.

Quanto à Locomoção, Lowenfeld afirma que é o movimento de um organismo de um lugar a outro, através de seu próprio mecanismo orgânico.

Tanto Mobilidade quanto Locomoção referem-se a movimento e por isso parecem sinônimos. No entanto, cada uma apresenta um conteúdo muito particular. Assim, a Mobilidade refere-se à capacidade de movimento em resposta a estímulos internos ou externos, englobando a realização do movimento em todas as áreas do corpo, em equilíbrio estático ou dinâmico, enquanto a Locomoção refere-se à capacidade do indivíduo mover-se sistemática e racionalmente de um lugar a outro.

Para Cruickshank (1975), a Mobilidade é uma capacidade inata ou um estado da pessoa e implica na existência de uma motivação para fazer uso da capacidade, que pode ser ampliada mediante o uso de dispositivos ou técnicas que permitam ao deficiente movimentar-se de um ponto a outro. A Orientação, no entanto, é uma habilidade que depende da aprendizagem, no tocante ao relacionamento com o ambiente. Isso significa que os defi-

cientes visuais devem adquirir o sentido de orientação por meios auditivos e táteis e não visuais.

4.2.2. Generalidades sobre Orientação e Mobilidade

Cabe aos pais e professores a responsabilidade de preparar a criança deficiente visual desde a mais tenra idade para a orientação, ensinando-a a usar todas as informações sensoriais fornecidas pelo ambiente, a fim de saber onde se encontra e como se encaixa neste ambiente. Não é algo para ensinar-se quando o indivíduo já esteja adulto. Ao contrário, devem ser-lhe oferecidos, desde cedo, experiências diretas em todos os aspectos do ambiente, além de estimular-lhe a liberdade de movimentos e a exploração, pois o mundo da criança só se torna real para ela quando tiver a oportunidade de experiências concretas.

De acordo com Maciel (apud "ANAIIS DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO DE DEFICIENTES VISUAIS", 1964), até os cinco anos de idade, o indivíduo tem a possibilidade de contar com o surgimento de uma gama de habilidade motoras. A rapidez com que serão desenvolvidas depende em grande parte da capacidade que o organismo apresenta em adiantar a resposta por meio de ajustes posturais compensatórios. A mecanização dos movimentos de postura vão permitir maior acomodação às novas situações e servir de preparação para o desenvolvimento de habilidades superiores e mais refinadas dos anos posteriores. A escrita é um exemplo de atividade altamente especializada que somente será efetuada com êxito quando as atitudes de apreensão, de equilíbrio ao estar sentado se encontrem tão mecanizados que não interfiram com a ação de escrever.

A Mobilidade aparece já nos primeiros instantes de vida

do ser humano, sendo os movimentos numericamente maiores, nos primeiros anos, diminuindo com o correr dos anos até se extinguirem com a morte. Se nos anos iniciais os movimentos obedecem a necessidades orgânicas, com o crescimento, os estímulos motivam outros movimentos, com a descoberta do próprio corpo, os gestos para alcançar os objetos, o engatinhar, o andar, a imitação (fortemente prejudicada nos deficientes da visão), os perigos do ambiente e assim por diante.

As limitações, cerceamentos e frustrações sofridas nestas experiências pela criança deficiente visual, repercutirão futuramente na área da Mobilidade, equipamento básico para o desempenho da Locomoção.

Outro fator de importância na Mobilidade e Locomoção é o modo como a deficiência visual é encarada por aqueles que convivem com a criança, pois de seu modo de agir poderão ocorrer limitações ainda maiores do que as impostas pela própria deficiência. É o caso da família que não aceita a deficiência, que superprotege, que demonstra excesso de piedade pelo filho ou que o rejeita, disfarçada ou abertamente. Assim, a criança poderá apresentar medo ao andar, retardo na marcha e comprometimento da resistência física, por ser sempre carregada ao colo e impedida de movimentar-se livremente. Será preciso a intervenção de elementos ligados à escola ou instituição que atende a criança para atenuar ou eliminar tal estado, através de esclarecimentos e orientações à família. Será de preferência o psicólogo, ou o assistente social de casos, ou ambos, que proporcionarão alívio às emoções familiares, geralmente provocadas por preconceitos absurdos em relação ao deficientes visuais.

Ao ser aliviada a atmosfera familiar e ambiental da criança, haverá possibilidade de proporcionar-lhe condições con-

cretas para o desenvolvimento da Mobilidade. Isto só será possível se os adultos com os quais a criança convive, aceitarem o fato de que os riscos aos quais ela está exposta são decorrentes de sua imaturidade diante da vida, idêntica à da criança com visão normal.

Em vista disso, para seu pleno desenvolvimento, a criança deficiente necessitará de constante estimulação, proteção contra perigos que ainda não consiga detectar, oportunidades de brincar com outras crianças e contínuo treino dos sentidos remanescentes.

Diz Maciel (apud ANAIS DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO DE DEFICIENTES VISUAIS, 1964):

Beneficiada por um programa educacional que atende integralmente suas necessidades, a criança cega aprende a assumir responsabilidades cada vez maiores pela sua pessoa, e, ao atingir idade que possa ser plenamente responsável, estará em condições de fazer uso da bengala longa, dispensando o processo de reabilitação.

Se a pessoa deixou de receber no seu processo educativo o equipamento básico para o exercício de sua função locomotora, a simples instrução da bengala não se constitui numa resposta às suas necessidades, pois precisará equipar-se de múltiplos elementos, sem os quais pouco ou nenhum sucesso alcançará. A resposta adequada às suas necessidades será o processo de reabilitação total.

Segundo o Centro Nacional de Educação Especial - CENESP (1984), um programa de Orientação e Mobilidade deverá levar em consideração as necessidades globais do indivíduo e ter como pontos básicos: o conhecimento do esquema corporal, o treinamento dos sentidos remanescentes, noção e desenvolvimento da lingua-

gem, postura, equilíbrio, o andar correto e o desenvolvimento de técnicas específicas de Mobilidade.

Afirma que o treinamento de Orientação e Mobilidade é parte essencial na educação e reabilitação do deficiente visual e na integração à sociedade, não podendo deixar de ser oferecido pelas entidades educacionais que o atendem:

Orienta ainda que:

1º - Não se pode querer ensinar técnicas específicas a um professor que não tenha recebido nenhum treinamento de Orientação e Mobilidade. Essas técnicas só poderão ser aplicadas se o professor tiver freqüentado curso dado por especialista na área.

2º - O técnico em Orientação e Mobilidade deverá possuir formação a nível de 2º grau, e curso específico nesta área.

3º - A formação de especialista em Orientação e Mobilidade deverá ser realizada a nível de 3º grau, de acordo com as disposições já previstas para cursos de formação de tecnólogos em Orientação e Mobilidade de cegos e deficientes visuais (Peripatologia) - Parecer nº 1.021/76.

De acordo com Cruickshank (1975), a pessoa visualmente prejudicada tem as seguintes possibilidades de movimentar-se: por sua própria conta, usando sua visão parcial, um guia dotado de visão, um cão de guia, um bastão ou os modernos dispositivos eletrônicos.

Caso possua visão parcial utilizável, mesmo correndo alguns riscos, deve ser encorajada a movimentar-se sozinha num ambiente que lhe seja familiar. Os professores devem advertí-la sobre os perigos da locomoção independente e convencê-la a aceitar o uso de um meio auxiliar de mobilidade que lhe dê mais segurança, inclusive ajudando-a a conformar-se com sua deficiência,

o que é mais difícil para ela do que para a pessoa cega.

Quanto ao guia com visão normal, o deficiente visual frequentemente depende de seu auxílio. Alguns preferem apenas o toque leve ao andar. No entanto esse método tem a desvantagem de que o guia não pode avisá-lo à tempo de obstáculos que surgem inesperadamente. O método mais eficiente consiste em o cego tomar o braço do guia, ficando um pouco atrás deste. Desta forma, consegue pressentir e se preparar para ultrapassar os obstáculos que aparecerem.

O cão de guia (pouco utilizado no Brasil) é um eficiente modo de movimentar-se. As exigências para possuí-lo são muitas. Além disso, há deficientes visuais que, por questão de temperamento, não se adaptam a ele. Aquele deficiente que tem um cão-guia deve possuir um bom sentido de orientação para instruir o animal sobre seu ponto de destino, uma vez que o cão, como a bengala, só indica os espaços em que o deficiente pode deslocar-se com segurança. (Telford, 1976).

Sobre a bengala longa há a acrescentar o fato que a idade com que se deve introduzir sua técnica depende do nível de maturidade da criança e de sua necessidade de movimentação independente.

Quanto aos dispositivos eletrônicos, a maioria deles se encontra ainda na fase experimental. Já existem bengalas com raio laser, óculos com radar, além de auxílios ópticos para indivíduos com visão reduzida. No Brasil, infelizmente, poucos são os que teriam condições de adquirí-los, tanto pelas dificuldades financeiras que enfrentam, quanto pela dificuldade na importação destes produtos.

4.2.3. A Técnica em Si

Telford (1976) ressalta que a Técnica de Hoover de locomoção é geralmente reconhecida como superior às demais. Essa técnica envolve a marcha com uma longa bengala branca, num movimento pendular de exploração, a fim de localizar os obstáculos existentes no trajeto do deficiente visual. Foram elaboradas técnicas para várias situações e proporcionados cursos específicos de adestramento no uso da bengala.

De acordo com o PROMOB - Programa de Orientação e Mobilidade (apud LENTE, 1975), as principais práticas básicas, salientadas por sua importância no treino da Orientação e Mobilidade de deficientes da visão, são as seguintes, conforme se caracteriza no quadro a seguir.

Quadro I

PRÁTICAS BÁSICAS NO TREINO DA ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE

PRÁTICAS	TÉCNICAS ESPECÍFICAS
- Com guias videntes	- caminhar - mudar de lado - para passagens estreitas - subir e descer escadas - passagem através de portas - quebra de Hines - proteção com mão levantada e cotovelo - proteção com mão abaixada e cotovelo - orientação em ambientes internos
- Com bengala longa	- diagonal - do tato - de acompanhar com bengala - de localizar maçanetas - descobrimento de objetos pelo tato - subir vários tipos de escadas - descer vários tipos de escadas
- Orientação fora de casa	- andar em linha reta - detectar e localizar esquinas - estabelecer linhas retas - movimentar-se ao redor de objetos nas calçadas - atravessar ruas

Segundo Welsh (apud LENTE, 1975), Especialista em Orientação e Mobilidade e Conselheiro em Reabilitação da Universidade de Pittsburg, dos Estados Unidos, a instrução de Mobilidade não é simplesmente o ensino das técnicas da bengala longa e o instrutor de mobilidade não é um fisioterapeuta, nem terapeuta-ocupacional nem professor de educação física.

Para ele, a base da instrução de Mobilidade está na área do ensino conceitual, seja a aprendizagem de conceitos sobre a estrutura do meio ambiente que os clientes com cegueira congênita precisam adquirir, seja a aprendizagem de conceitos sobre uma eficiente solução de problemas que todos os clientes precisam conseguir.

O instrutor de Mobilidade precisa ser capaz de avaliar as habilidades cognitivas do cliente nesta área e precisa também ser capaz de intervir quando for necessário ajudar o cliente a melhorar sua capacidade de solucionar problemas. Nesse sentido, a instrução de Orientação e Mobilidade parece ser mais importante para o desenvolvimento de certas funções intelectuais que a maioria das matérias acadêmicas tradicionais.

A instrução da Orientação e Mobilidade caracteriza-se por uma série de graduações em termos da complexidade e das condições de locomoção, o grau de funcionamento independente, as tomadas de decisão exigidas do cliente, o envolvimento do instrutor na lição, bem como a dependência do cliente em relação ao instrutor.

O início deve ser num ambiente interno que ofereça a máxima segurança possível e somente quando o cliente estiver realmente preparado é que se deverá passar à área seguinte, que na maioria dos casos é um bairro residencial tranquilo, com pouca

movimentação de pedestres e veículos. Será preferível que a disposição das ruas neste bairro sejam regulares, onde seja fácil para o cliente esquematizar mentalmente o mapa das ruas. A estrutura das aulas deve aos poucos permitir a exposição do cliente a um tráfego de veículos cada vez mais intenso e eventualmente a um local de pequeno comércio. Ali vai encontrar mais pedestres durante sua locomoção e verificar a necessidade de perceber indícios mais variados e sutis, bem como de lembrar a localização específica de um número maior de pontos-chave.

A progressão seguinte é para uma zona comercial maior, com intensa movimentação de pedestres e onde o trânsito exija esquemas diferentes e mesmo insconstantes, com cruzamentos complexos e ruas irregulares. Eventualmente, o cliente poderá se locomover numa área do centro da cidade, onde novamente o congestionamento de pedestres e de veículos é muito intenso e o tamanho da área a ser conhecida, bem como o número de pontos-chave é também muito grande.

Durante o tempo que aumenta a complexidade da locomoção, o número de ações independentes e tomadas de decisão que o instrutor de Orientação e Mobilidade vai exigir do cliente aumentam conforme uma seqüência ordenada. Inicialmente (caso não o saiba), o cliente é ensinado a locomover-se com um guia vidente. Ainda que esta seja, em geral, a maneira mais ameaçadora de locomoção para o cliente no início da instrução, mesmo neste estágio ele é responsável pelo uso efetivo de um guia vidente. Assim, ao mesmo tempo que está aprendendo a discriminar as informações auditivas, táteis e cinestésicas necessárias para movimentar-se com segurança, eficiência e adequação ao guia vidente, ele também é encorajado a desenvolver as habili-

dades da Orientação através da utilização de pistas do ambiente.

A seguir, o cliente passa a se locomover num ambiente interno controlado, independente do guia, usando seus braços e mãos para se proteger. Depois disso, aprende a usar a bengala longa, para obter a segurança adicional de que necessita. Importante é que o cliente precisa aprender sempre mais sobre a orientação, pois não pode depender do guia para encontrar seus objetivos. Ele precisa desenvolver o conhecimento do ambiente interno e para isso lhe são dadas oportunidades para planejar e pôr em execução trajetos para se locomover sozinho e seguir caminhos alternativos. Geralmente lhe é dada a oportunidade de experimentar suas novas habilidades em ambientes internos desconhecidos, de modo que ele possa apreciar sua aplicabilidade geral em áreas diferentes daquela em que iniciou sua instrução.

Seguindo para áreas externas, o cliente precisa continuar integrando as técnicas de Orientação e Mobilidade da mesma maneira que nas áreas internas. As pistas são diferentes, mas a habilidade para planejar e alternar traçados exige técnica semelhante, embora a maior dificuldade na sua utilização provenha de mudanças devidas ao impacto emocional de caminhar em área externa, da necessidade de integração de experiências, enquanto domina a ansiedade diante das novas situações que se apresentam.

Em locais muito movimentados, para se conseguir ajuda ou para recusar ajuda indesejável, é preciso um alto grau de funcionamento independente. Para que o cliente se saia bem nestas situações, o instrutor de Orientação e Mobilidade deve orientá-lo no reconhecimento de situações que não pode resolver sozinho

e o que deve fazer para obter auxílio.

À medida que o cliente progride nas técnicas de Orientação e Mobilidade, o instrutor deve gradualmente retirar-se das situações. Pode permitir que o cliente fique desorientado, aprendendo a restabelecer sua localização, pode permitir que se choque contra obstáculos, de modo que sinta a necessidade de aprender o uso correto da bengala longa, deve deixar o cliente escolher seu próprio caminho, partindo de um ponto determinado até um objetivo definido, aceitando as consequências se o caminho escolhido levou-o a enfrentar mais dificuldades, além de permitir que o cliente estabeleça contactos com pessoas nas ruas e aprenda a aceitar sua ajuda, sua curiosidade ou sua má vontade.

Pode-se ressaltar, como Welsh (apud LENTE, 1975), que o centro da instrução de Orientação e Mobilidade é o cliente.

É sua afirmativa:

O sucesso ou a falha na locomoção independente não dependerá tanto da bengala longa, do cão-guia, de instrumentos eletrônicos ou de auxílios ópticos para visão subnormal quanto da pessoa que usa esses auxílios e instrumentos. A chave para o sucesso da instrução de Orientação e Mobilidade é o impacto que a experiência tem sobre o cliente e o efeito da instrução sobre seu auto-conceito, sua capacidade de tomar decisões, seu sentimento de independência e sua habilidade de cooperar com o estigma.

V - CONCLUSÃO

Com o presente trabalho pretendeu-se apresentar evidências para o fato de que a Orientação e Mobilidade independente são fatores vitais para o ser humano.

É fato incontestável que o Homem apenas sente-se realizado e livre de dependências quando pode efetivar o domínio e a transformação do mundo para benefício próprio e de seus semelhantes, pelo trabalho, pela sua atuação profissional. Ao mesmo tempo, a sociedade, muito repressora, tende a impedir o direito à participação na vida social, a todos os indivíduos "diferentes", que são incapazes de participar do processo produtivo.

É necessário que programas educacionais de atendimento a pessoas prejudicadas da visão, desde os que têm por alvo as crianças, até os que atendem adolescentes, jovens e adultos, proporcionem técnicas de Orientação e Mobilidade permitindo sua independência, tanto no sentido pessoal como no profissional, possibilitando assim sua integração ou reintegração social.

Em vista disso, há necessidade de indagar se os Centros de Reabilitação para deficientes visuais estão realmente cumprindo suas finalidades. Constata-se que alguns, mesmo estando imbuídos dos propósitos de executar da melhor maneira possível os programas de reabilitação de adolescentes e adultos portadores de deficiências visuais, vem esbarrando em dificuldades, entre as quais se destacam:

- As condições econômico-financeiras das entidades mantenedoras, que deixam muito a desejar.

- As dificuldades na implantação e implementação de serviços que exijam equipamentos especiais para deficientes da visão, tais como Oficina Pedagógica, equipos para Fisioterapia e aquisição de máquina de escrever pelo Sistema Braille.

- Entraves na manutenção de intercâmbio e/ou intercomplementaridade com Serviços da Comunidade.

- Falta de pessoal qualificado para exercício profissional satisfatório.

Nesse último aspecto pode-se ressaltar especialmente a falta de instrutores de Orientação e Mobilidade (não apenas em Centros de Reabilitação, mas em todos os programas de atendimento ao deficiente visual), pois se tem notícia de uma quantidade insignificante de elementos que frequentaram cursos específicos e que realmente atuam na área.

Felizmente, apesar da falta de instrutores de Orientação e Mobilidade, existem os deficientes visuais que têm disposição para locomover-se, mesmo sem nunca ter recebido nenhuma instrução oficial. Explicar esse fato não é difícil: pressionados pelos videntes e pelos invidentes, muitos deles adquirem a bengala longa e, num esforço de vontade e coragem, saem sozinhos ou "em cachos", isto é, vários deficientes agrupados, dependendo de um líder. Um observador atento poderá perceber como a bengala é batida, como o caminhar é inseguro, como são tensos e como têm dificuldade para solicitar auxílio. No entanto, se não fosse pela atitude ousada destes deficientes, rumando para a escola, o trabalho ou o lazer por sua própria conta e risco, a maioria deles estaria confinada em casa ou em instituições, super-

protegidos ou desprezados.

Constatada a precaridade dos programas de Orientação e Mobilidade desenvolvidas atualmente, comprova-se a necessidade urgente de sanar ou pelo menos minimizar tal estado de coisas, sugerindo-se as seguintes alternativas, à nível de Curitiba:

- Contratação de um técnico ou tecnólogo (Peripatologista), brasileiro ou estrangeiro, para juntamente com o Departamento de Educação Especial da Secretaria de Estado da Educação do Paraná, planejar, colocar em execução e, posteriormente avaliar:

a) a curto prazo: Curso intensivo para instrutores de Orientação e Mobilidade.

b) a médio prazo: Cursos para formação de professores para instrução de Orientação e Mobilidade (nível de 2º grau).

Cursos para formação de tecnólogos em Orientação e Mobilidade (nível 3º grau).

c) a longo prazo: Cursos de pós-graduação em Orientação e Mobilidade.

Outra estratégia importante seria, logo após o Curso Intensivo para instrutores de Orientação e Mobilidade, promover intercâmbio técnico-científico entre os profissionais dos diversos Estados do Brasil, para uma efetiva troca de experiências, e conseqüente melhoria de atuação.

Apesar de tudo, de trinta e cinco anos para cá tem-se valorizado cada vez mais a Orientação e Mobilidade dos indivíduos prejudicados da visão, graças à conscientização da sociedade em relação à necessidade da locomoção independente por parte dos deficientes visuais, como ressalta o PROMOB - Progra-

ma de Orientação e Mobilidade desenvolvido pela Fundação para o Livro do Cego no Brasil (apud LENTE, 1975):

O desenvolvimento de programa de Orientação e Mobilidade é hoje uma preocupação de profissionais em todo mundo, que estão elaborando projetos de pesquisas e experimentação para criação e aperfeiçoamento de instrumentos, técnicas e processos que possam diminuir as limitações ocorridas pela incapacidade visual e ampliar as possibilidades de mobilidade e independência da pessoa portadora dessa incapacidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FONOAUDIOLOGIA. Serviço social no campo da reabilitação. Revista Lente. Editora FLCB, São Paulo. XV (47):30-6, jul/dez, 1976.
- 2 BLANK, R. O desafio da reabilitação. Revista Lente. Editora FLCB. São Paulo. XV (32):14-24, jan/mar, 1967.
- 3 CRUICKSHANK, W. A educação da criança e do jovem excepcional. Porto Alegre, Editora Globo, 1975.
- 4 DUNN, L.M. Crianças excepcionais - seus problemas - sua educação. Rio de Janeiro. Editora Ao Livro Técnico S.A., 1971.
- 5 FLEMING, J.W. A criança excepcional - diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1978.
- 6 GALLAGHER, W. O desafio da renovação - fragmentos versos reabilitação total. Revista Lente. Editora FLCB. São Paulo. X(31):19-4, jul/dez, 1966.
- 7 LOWEN, B. O impacto social da cegueira sobre o indivíduo. Revista Lente. Editora FLCB. São Paulo. XII (36):3-9, jan/mar, 1968.
- 8 MACIEL, S.F. Anais do I congresso brasileiro de educação de deficientes visuais. São Paulo, 1966.

- 9 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Campanha Nacional de Educação de Cegos, Brasil. Promovendo a educação e a reabilitação de deficientes visuais no Brasil. São Paulo, 1970.
- 10 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Centro Nacional de Educação Especial, Brasil. Proposta curricular para deficientes visuais. Brasília, 1979.
- 11 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Centro Nacional de Educação Especial, Brasil. Subsídios para organização e funcionamento; de serviços de educação especial - área de deficiência visual. Rio de Janeiro, 1984.
- 12 PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE - PROMOB. Resumo do relatório de atividades. Revista Lente. Editora FLCB. São Paulo. XV (44):17-43, jan/jun, 1975.
- 13 ROUCEK, J. A criança excepcional. 2. ed. São Paulo. Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A. 1973.
- 14 SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, PARANÁ. Deficientes da visão. Curitiba, 1981.
- 15 TELFORD & SAWREY. O indivíduo excepcional. 2. ed. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1976.
- 16 WELSH, R. Aspectos cognitivos e psico-sociais do treinamento da mobilidade. Revista Lente. Editora FLCB. São Paulo. XV (45):11-29, jul/dez, 1975.