

ORIENTAÇÃO E TREINO DE AUTOMAQUIAGEM DE PACIENTE COM DEFICIÊNCIA VISUAL: RELATO DE CASO

TALITA SILVEIRA ESCOUTO CUNHA¹; SABRINA GRELLERT DO AMARAL²;
CELOI BORGES SOUZA³; RENATA CRISTINA ROCHA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – talitasescouto@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – sabrinagrellert@gmail.com

³Associação Louis Braille – cbs_terapeuta@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – renatatoufpel@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Conforme dados do Censo 2010, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem mais de 6,5 milhões de pessoas com deficiência visual no Brasil. Destes, 6 milhões caracterizam baixa visão (REIS et al., 2018).

A capacidade visual pode se apresentar em três níveis funcionais: visão normal, baixa visão e cegueira. Um indivíduo é considerado com deficiência visual (DV) quando mesmo intervenções médicas especializadas não o capacitam com uma visão funcional (BARBIERI et al., 2016).

Um estudo de 2016 revelou a estimativa de que em 2050 a miopia geral será verificada em cerca de 49,8% da população mundial e 9,8% destes apresentarão miopia elevada (<-6,00 D) (SILVA, 2016). Quando a miopia apresenta valores elevados, como acima de 6,00 D, é considerada miopia degenerativa ou patológica; essa forma é mais grave, podendo causar perdas acentuadas de visão (NEVES, 2012). Miopia degenerativa se caracteriza por um globo ocular expandido associado à degeneração dos segmentos posteriores. Sua etiologia ainda não foi compreendida e, portanto não é possível tratar a causa, no entanto existem procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos que tentam controlar a progressão da patologia ou tentam reverter os danos (SILVA, 2016).

Os serviços de reabilitação visual são considerados referência em habilitação/reabilitação de pessoas com deficiência visual. Dentre a composição multiprofissional da equipe, estão profissionais de nível superior com capacitação em habilitação/reabilitação visual, que podem ser terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas ou pedagogos. Uma das intervenções no acompanhamento em reabilitação visual consiste no desenvolvimento e estimulação de habilidades para a realização das atividades de vida diária (COFFITO, 2014a).

Sem a visão, as informações do ambiente precisam ser apreendidas por outra via sensorial. Com o intuito de aumentar a independência das pessoas com deficiência visual têm sido desenvolvidas e aplicadas abordagens/intervenções que utilizam de princípios de substituição sensorial (SSD) (TORRES; COSTA; LOURENÇO, 2016). Um dos processos de SSD é a substituição visuo-tátil, onde se usa do tato para diminuir suas dificuldades (DURETTE, 2009 apud TORRES; COSTA; LOURENÇO, 2016)

O objetivo do presente trabalho é relatar a experiência de estágio com um caso de uma paciente com miopia degenerativa.

2. METODOLOGIA

O estudo consiste em um relato de caso de duas alunas graduandas do 7º semestre do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas

(UFPEL), e estagiárias de um centro de reabilitação visual da cidade de Pelotas. O estágio corresponde a disciplina obrigatória de *Estágio curricular profissional supervisionado I*. Foi convidada a participar do trabalho a terapeuta ocupacional do centro de reabilitação visual, supervisora local das estagiárias.

Cabe apontar que o estudo teve autorização da coordenação administrativa do centro de reabilitação visual, bem como a solicitação para a paciente de assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e de uma autorização de uso de imagem (dos atendimentos) para a apresentação do trabalho.

Relato de caso:

Paciente V., 36 anos, casada, mãe de um filho adolescente. Chegou ao centro de reabilitação visual no início desse ano. Desde então passou por consulta oftalmológica, e exames com optometrista, além de avaliações com outros profissionais do serviço, como é o caso da terapia ocupacional. V. relata que desde criança teve problemas de visão, mas somente aos 9 anos de idade seu pai a levou em um médico oftalmologista, que identificou miopia e receitou um grau de óculos bastante alto. E a cada ano aumentava consideravelmente o grau do óculos. Segundo ela, somente esse ano, quando chegou ao centro de reabilitação e passou pelos exames é que recebeu o diagnóstico de miopia degenerativa. Antes ela tinha o conhecimento que era apenas miopia. No entanto, nos últimos dois anos ela relata que a perda de visão foi muito progressiva, que passou a enxergar muito pouco, principalmente na rua. E passou a ter dificuldade para realizar algumas de suas tarefas de rotina em casa, como os cuidados com a casa.

V. chegou para a terapia ocupacional no início do ano, onde foi entrevistada e avaliada pela terapeuta ocupacional do setor. A profissional e a paciente traçaram um plano de objetivos a serem trabalhados, a maioria envolvendo as suas Atividades de Vida Diária (AVD) voltadas para tarefas na cozinha. Muitos pontos foram trabalhados, mas V. precisou deixar o setor por falta de horário.

Com a chegada das estagiárias de terapia ocupacional em agosto deste ano, V. pode retornar para o setor e dar prosseguimento a intervenção, agora atendida pelas estagiárias. Então foi feita uma nova entrevista para conhecer a paciente e traçar a retomada dos objetivos. Em relação ao comprometimento da visão, no olho esquerdo está praticamente sem visão, e no olho direito usa uma lente de contato que possibilita enxergar objetos se colocados bem próximos ao seu rosto. Mas detalhes não consegue definir, e mais longe (menos que um metro) é tudo “borrado”. E enxerga melhor contraste de cores escuras.

Dentre as questões pontuadas pela paciente estavam conseguir colocar água na garrafa térmica sem virar, conseguir identificar o limite de água na panela para cozinhar, conseguir descascar e cortar alguns alimentos sem se cortar, e, principalmente conseguir a voltar a se maquiar sozinha. V. relata que não consegue mais se maquiar porque não enxerga os detalhes do seu rosto, como contorno da boca e dos olhos. Ela diz que costumava usar baton, lápis de olho, delineador, máscara de cílios, sombra, base e pó para o rosto. Quando quer muito passar um baton tem que pedir para seu esposo, o que não gosta. V. relata também que teve uma grande perda de sua autoestima durante os anos desde que se casou, com perdas de gestações, de seu pai, e de sua visão. Diz que perdeu o gosto de cuidar de si mesma, e está tentando retomar sua autoestima.

Então foi traçado como primeiro objetivo a automaquiagem, onde seriam trabalhados nos atendimentos cada produto de maquiagem dos quais ela usava anteriormente. E conforme necessidade seria trabalhado estimulação tátil das mãos e dedos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até o momento foram realizados quatro atendimentos. Já foram trabalhados o baton, conforme principal desejo da paciente, e o lápis de olho, que ainda está em treinamento. Além de uma atividade de estimulação tátil para os dedos das mãos utilizando diferentes texturas de bichos de pelúcia.

A base da intervenção de terapia ocupacional nos atendimentos está sendo a estimulação das habilidades perceptivas e sensoriais, através o reconhecimento tátil do próprio rosto, para que o processo de maquiagem seja guiado pelo tato ao invés da visão. Então, o treino propriamente da utilização do baton e do lápis de olho exige que a paciente conheça bem a anatomia de seu rosto através do tato do contorno de sua boca e de seus olhos.

O treino do uso do baton foi feito através da percepção e delimitação do contorno da boca com o auxílio do dedo indicador da mão não dominante, já que a mão dominante é usada para conduzir o baton. Conforme o dedo vai percebendo o contorno da boca, é orientado que se aplique o baton de fora para dentro, em movimentos leves, para facilitar a percepção da boca. A paciente apresentou dificuldades de percepção tátil do rosto, pois percebê-lo através do tato era algo novo, mas com treino conseguiu passar o baton de forma independente, e ficou extremamente contente.

O treino do uso do lápis de olho está sendo realizado com orientação semelhante, sendo a base dos cílios a delimitação para o dedo indicador auxiliar, e com a outra mão traçar o lápis bem devagar, percebendo o traço. A paciente teve mais dificuldade para perceber e determinar o canto do olho para iniciar o traço, além de seguir o traço conforme auxílio do indicador. Já conseguiu passar o lápis na região do início dos cílios, mas ainda está em treinamento para aperfeiçoar o traço.

A atividade tátil consistiu no toque e percepção das texturas de diversos bichos de pelúcia, sendo elas com diferença leve de textura, para estimular principalmente os dedos indicadores, bastante usados na condução da automaquiagem.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) classifica os centros de reabilitação visual como ambulatorio de alta complexidade, onde a intervenção da terapia ocupacional pode ser a estimulação, treino ou resgate das atividades das áreas do desempenho ocupacional, e também a recuperação ou melhora das habilidades de desempenho, dentre as quais estão as habilidades sensoriais e perceptivas (COFFITO, 2014b).

Cabe ressaltar que a paciente tem se mostrado empolgada com os atendimentos e feliz com os pequenos resultados, o que está contribuindo para a recuperação de sua autoestima.

4. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu a ressaltar a importância de um centro de reabilitação visual com serviço de terapia ocupacional para o treinamento das atividades de vida diária e estimulação das habilidades perceptivas e sensoriais em pacientes com deficiência visual. Destaca-se a participação ativa do paciente na definição da intervenção. Também possibilitou a aquisição de experiência por parte das estagiárias de terapia ocupacional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBIERI, M. C.; BROEKMAN, G. V. D. Z.; SOUZA, R. O. D.; LIMA, R. A. G.; WERNET, M.; DUPAS, G.. Rede de suporte da família da criança e adolescente com deficiência visual: potencialidades e fragilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 10, p. 3213-3223, 2016 .

COFFITO. **Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008**. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Brasília, 30 jul. 2014. Disponível em: < <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3337>>. Acesso em: 14 set. 2019.

COFFITO. **Resolução Nº 445 de 26 de abril de 2014**. Altera a Resolução-COFFITO nº 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. Brasília, 21 out. 2014. Disponível em: < <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3209>>. Acesso em: 14 set. 2019.

NEVES, A. R. B. **Alta Miopia**. 2012. Dissertação (Mestrado em Optometria de Ciências da visão) - Universidade da Beira Interior.

REIS, J. R.; NASCIMENTO, R., P.; PEREIRA, J., M., S.; MATTA, M., C. Sistema Computacional no auxílio da inclusão da pessoa com deficiência visual no âmbito educacional. **Anais do XXIX Simpósio Brasileiro de Informática na Educação**, 2018.

SILVA, F. P.G. **Relatório de Atividade Profissional**. 2016. (Mestrado em Optometria Avançada) - Universidade do Minho Escola de Ciência.

TORRES, J. P.; COSTA, C. S. L.; LOURENÇO, G. F. Substituição sensorial visuo-tátil e visuo-auditiva em pessoas com deficiência visual: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 22, n. 4, p. 605-618, 2016.