

O PERFIL DO DEFICIENTE VISUAL NO MUNICÍPIO DE SOBRAL/CE
THE BLIND'S PROFILE IN THE MUNICIPALITY OF SOBRAL/CE
EL PERFIL DEL DEFICIENTE VISUAL EN EL MUNICIPIO DE SOBRAL/CE

JAMILLE ESCÓCIO¹
JOSELANY ÁFIO CAETANO²
ENEDINA SOARES³

Trata-se de estudo descritivo envolvendo 63 deficientes visuais residentes na zona urbana da cidade de Sobral/CE, com o objetivo de conhecer o perfil e os modos de enfrentamento destes deficientes no âmbito da família e na sociedade. O estudo foi realizado no período de maio de 2002 a novembro de 2003. Utilizamos como método para coleta de dados a visita domiciliária e a entrevista livre. Os resultados apontam que a maior parte das pessoas estudadas são do sexo feminino (36); têm mais de 61 anos de idade (40); o período de deficiência é de 5 a 10 anos (17); estão em fase de ajustamento ao estigma (18); têm cegueira adquirida (55); desconhecem a causa da deficiência (23); ficaram cegas devido ao glaucoma e/ou catarata (18); o principal cuidador é a própria família (25); disseram que não precisam de nenhum dispositivo de auto-ajuda (33). Diante destes resultados, podemos concluir que o enfermeiro ao prestar assistência a este tipo de cliente deve observar o seu perfil para buscar estratégias que contribuam para a educação em saúde como forma de inserir o deficiente visual na sociedade.

UNITERMOS: *Portadores de deficiência visual; Perfil de saúde.*

This is a descriptive study that involved 63 blind people who live in the urban zone of the city of Sobral/CE that aimed at knowing their profile and the way they face adversities in their family life and society. The study was carried out from May 2002 to November 2003. Data were collected through home visits and free interviews. The outcomes show that most of the people studied are female (36); are older than 61 years old (40); have been having eye problems from 5 to 10 years (17); are adapting to the stigma (18); became blind as they got older (55); do not know the cause of their eye problem (23); became blind due to glaucoma and/or cataracts (18); find in their families support for treatment (25); said they need no self-help device (33). As a result, we can conclude that the nurse, when assisting this kind of client, shall define his profile in order to seek for strategies that contribute to health education as a way to insert the blind into society.

KEY WORDS: *Visually Impaired; Health Profile.*

Se trata de un estudio descriptivo, referente a 63 deficientes visuales que residen en la zona urbana de la ciudad de Sobral/CE, que se realizó con la intención de conocer el perfil y las maneras de enfrentar su situación junto a la familia y al medio social. Este estudio se llevó a cabo entre los meses de mayo de 2002 a noviembre de 2003. Para recoger los datos necesarios se usó como método la visita al domicilio y la entrevista libre. Los resultados indicaron que la mayoría de las personas investigadas son del sexo femenino (el 36%); es mayor de 61 años (el 40%); el período de deficiencia va de 5 a 10 años (el 17%); se encuentra en período de ajuste al estigma (el 18%); poseen ceguera adquirida (el 55%); desconocen la causa de la deficiencia (el 23%); se quedaron ciegas debido al glaucoma y/o catarata (el 18%); quien se encarga de cuidarlos es principalmente la propia familia (el 25%); dijeron que no necesitan de ningún dispositivo de auto ayuda (el 33%). Frente a estos resultados, podemos decir de forma conclusiva que cuando el enfermero ayuda a este tipo de paciente debe observar el tipo de perfil del mismo, para buscar estrategias que contribuyan para la educación con respecto a la salud, de modo a logra inserir al deficiente visual en la convivencia social.

PALABRAS CLAVES: *Deficiencia visual; Perfil de su salud.*

¹ Aluna de graduação da Universidade Estadual Vale do Acaraú; participante do projeto de Extensão Atenção à saúde ocular, bolsista da FUNCAP;

² Enfermeira Doutora, professora da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA; Coordenadora do projeto “Atenção à saúde ocular”;

³ Enfermeira doutora

INTRODUÇÃO

A maioria das informações recebidas pelo homem chegam por meio da visão. Por isso, o comprometimento desse órgão gera problemas de dimensão incalculável. No entanto, diante da deficiência visual, estabelecemos novas relações com o mundo, valendo-nos dos sentidos remanescentes.

Existem pessoas que já nasceram com certo tipo de incapacidade visual, enquanto outras, por algum motivo, perderam a capacidade de enxergar em determinada etapa da vida. Quando ocorre a cegueira, a pessoa perde não só sua capacidade de enxergar, mas também o centro de percepção de seu mundo¹. Este centro agora deve ser substituído por outros sentidos, como audição e tato, e essa adaptação ao mundo sem formas deve ser acompanhada por profissionais especializados.

Na maioria das vezes, os deficientes visuais passam a depender de outros para desempenhar as tarefas mais simples. Ademais, precisam se adaptar à sua nova condição de não mais enxergar. A perda da capacidade visual compromete a qualidade de vida em decorrência das restrições ocupacionais, econômicas, sociais e psicológicas às quais o indivíduo passa a ficar submetido².

Portanto, entre as enfermidades que podem afetar gravemente a qualidade de vida de um indivíduo, está a cegueira, ainda envolta em muitos estigmas sociais, talvez pelo fato de o indivíduo afetado ter o seu grau de independência diminuído em relação a outras pessoas ditas normais. Tais situações limítrofes: saúde – doença, capacidade – incapacidade, devem ser trabalhadas pelo próprio sujeito exposto e por profissionais de saúde que devem ajudá-lo a aceitar a nova situação com vistas a continuar a viver com dignidade e qualidade.

Deficiência visual e cegueira parcial são termos usados para descrever uma perturbação visual não possível de ser corrigida com óculos comuns, com lentes de contato nem com implantes intra-oculares³. Na literatura consultada, o termo “cego” designa pessoas cuja maior acuidade visual (com óculos, se necessários) é de 20/200 ou pior, no olho que mais enxerga, ou cujo campo visual é restrito a 20 graus⁴.

O prejuízo causado pela perda da visão pode ser amenizado mediante controle das causas da cegueira e recuperação da saúde ocular, quando possível; daí a respon-

sabilidade do enfermeiro no sentido de estar atento às conseqüências desta situação, como problemas relativos às atividades cotidianas do indivíduo portador de deficiência. Para isto, o profissional deve conhecer os meios disponíveis para auxiliar as pessoas incapacitadas a manter ou restaurar sua independência física⁵.

Sensibilizadas com a deficiência visual quando da nossa participação no “Atenção à Saúde Ocular”, Projeto de Extensão da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú, desenvolvido deste março de 2002, decidimo-nos pelo tema de estudo. Na ocasião, verificamos a inexistência de dados estatísticos sobre os deficientes visuais no município e, a partir de então, tivemos a oportunidade de entrar em contato com os portadores de deficiência visual. Após este contato, surgiram diversas indagações: Quantos são os deficientes visuais na cidade de Sobral? Quais as causas da deficiência? Qual o perfil dessas pessoas? Quem lhes ajuda nas atividades da vida cotidiana? Qual o nível de aceitação da deficiência em que se encontram?

Para responder a estas perguntas elaboramos os seguintes objetivos: Conhecer o perfil do portador de deficiência visual e o modo de enfrentamento dessa deficiência no âmbito da família e na sociedade. Justificamos esta proposta na intenção de chegarmos a uma prévia das condições de vida dessa clientela. A finalidade é discutir a cegueira como um problema a ser encarado por todos nós profissionais de saúde, pois consideramos necessário envolver a comunidade nesse processo de aceitação do deficiente de forma humanista.

A deficiência visual precisa ser analisada globalmente. Desse modo, poderá discutir os mitos e os estigmas que cercam o tema, podendo-se, também, facilitar o planejamento de ações capazes de trazer algum benefício aos portadores dessa deficiência.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, empírico, com abordagem quantitativa, envolvendo deficientes visuais residentes na zona urbana da cidade de Sobral/CE, realizado no período de maio de 2002 a novembro de 2003. A população alvo foi constituída por livre demanda composta de 63 portadores dessa deficiência e que se dispuseram a participar do estudo.

Inicialmente realizamos um levantamento do número de deficientes visuais residentes no município. Para isto contamos com a colaboração dos agentes comunitários de saúde. Este momento foi marcado por sérias dificuldades diante da insuficiência de dados estatísticos acerca da existência dessa clientela. Após este levantamento, agendamos algumas visitas domiciliares, realizadas com o intuito de traçar o perfil desses deficientes.

Para analisarmos se o tempo pode influenciar na aceitação da deficiência utilizamos o método de classificação de aceitação da deficiência visual de Smeltzer e Bare³ que propõe as seguintes fases de aceitação: 1. Repulsa ou negação: período em que a pessoa expressa sua indignação por ter deixado de enxergar. É uma fase essencial para reconstrução de sua auto-imagem; 2. Mudança de valores: a pessoa adapta-se aos auxílios como a ajuda de outros recursos que antes não utilizava para desenvolver suas atividades; 3. Conflito independência-dependência: a pessoa tenta aceitar sua condição sem se tornar completamente dependente; 4. A pessoa enfrenta o estresse do estigma. Nessa última fase, o portador tem de lutar contra o estigma de ser infeliz, tão prevalente entre os que enxergam e depois ficam cegos, tal como a crença de serem inúteis, não-empregáveis, completamente dependentes ou deprimidos; 5. A pessoa aprende a se comunicar nos setores sociais sem as condições visuais, ou seja, nessa fase o deficiente aceita o fato de ter perdido a visão e retoma suas atividades produtivas participando da vida social.

Os procedimentos éticos contidos na Resolução Normativa 196/96, e na Resolução 251/97⁶ da Comissão Nacional de Ética de Pesquisa (CONEP) foram respeitados, e aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA/CE. Os participantes foram informados da natureza do estudo e assinaram um termo de consentimento esclarecido.

Os dados foram analisados quantitativamente, apresentados em percentuais descritivos e dispostos em quadro e gráficos, com base na literatura pertinente.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para facilitar a ordenação dos resultados, distribuímos os portadores de deficiência visual por sexo, idade,

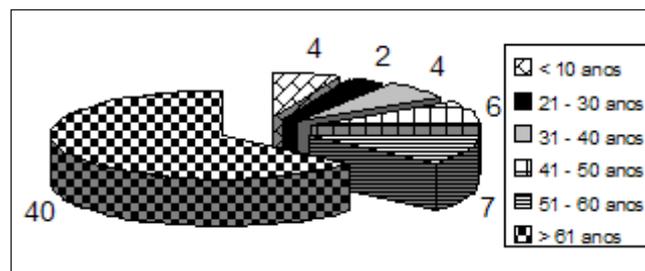
tempo de deficiência, estágio de aceitação da deficiência, causa da deficiência, principal cuidador e dispositivos de auto-ajuda utilizados.

Das 63 pessoas identificadas, 36 (57%) eram do sexo feminino e 27 (43%) do sexo masculino. Esses dados coincidem com os resultados encontrados em uma pesquisa realizada nos Estados de São Paulo, Piauí, Amazonas, Pará, Pernambuco, Ceará, Alagoas, Bahia e Minas Gerais, no período de 1976 a 1982, cujo objetivo foi mapear a cegueira em 296 municípios desses Estados. No Estado do Ceará foram identificadas 128 pessoas portadoras de cegueira, das quais 53 eram do sexo masculino e 75 do feminino. O alto índice de mulheres cearenses portadoras de cegueira chamou a atenção dos pesquisadores e os levou a deduzir que talvez esse fato fosse decorrente de a mulher assumir a sua deficiência com maior facilidade do que os homens⁷.

Ao verificarmos estes índices, refletimos sobre a necessidade de avaliá-los com mais profundidade para podermos chegar à conclusão das prováveis causas do comprometimento visual em mulheres. Uma das hipóteses levantadas é um acometimento maior de doenças como glaucoma e catarata em mulheres, pois o glaucoma atinge geralmente mulheres entre 40 e 60 anos⁷. Essa realidade é verificada neste estudo: 18 das 36 mulheres identificadas tiveram como causa da cegueira o glaucoma ou a catarata.

Quanto à distribuição dos deficientes visuais exposta no gráfico 1 de acordo com a idade, identificamos que 40 (63%) são portadores de deficiência visual na faixa etária acima de 61 anos. A deficiência visual acomete mais idosos do que jovens, aspecto justificável, pois os idosos constituem um grupo de risco para o desenvolvimento de doenças degenerativas. O envelhecimento não representa uma doença, mas pode determinar elevado número de transtornos⁹.

GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS QUANTO À IDADE. SOBRAL/CE, 2003



Fonte primária.

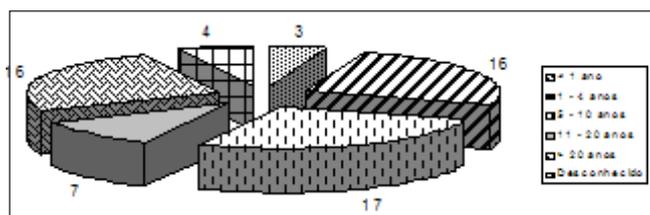
Chamou-nos a atenção o fato de quatro crianças serem acometidas pela cegueira. A criança também pode desenvolver distúrbios visuais e estes devem ser identificados o mais precocemente possível. Ao nascer, a criança tem pouca capacidade de enxergar. Sua visão vai se desenvolvendo até os 5 anos, quando atinge uma visão completa, comparável à de um adulto. Deve-se, portanto, dispensar especial cuidado aos problemas de visão em menores de 6 anos de idade, quando este órgão ainda está em desenvolvimento⁸.

A maioria das pessoas entrevistadas 43 (68%) eram aposentadas. Numa sociedade onde se considera a produção como uma das suas metas fundamentais, o trabalho converte-se no melhor meio de conquistar o respeito dos demais, assim como a própria auto-estima. Ao aposentar-se, o indivíduo deve enfrentar o problema de preencher o vazio provocado pela perda dessas relações⁹. Esse vazio é ainda mais visível nas pessoas que exerciam alguma atividade produtiva e que, forçadas pela deficiência, tiveram de abandoná-la. Neste grupo estudado, conforme verificamos, apenas duas pessoas exercem atualmente alguma atividade remunerada, no caso, a música.

Das crianças em idade escolar, duas (3%) não frequentam a escola, embora somente uma tenha a capacidade física de fazê-lo, uma vez que a outra é acometida pela Síndrome de West, que provoca debilidade nos vários sistemas corporais.

Em virtude da dificuldade de adaptação a uma escola regular e diante da inexistência de um centro de reabilitação para deficientes, as crianças perdem a oportunidade de se preparar para exercer uma profissão, e os adultos aposentados ficam ociosos, pois não dispõem de espaço para desenvolver qualquer ofício, independentemente da limitação visual.

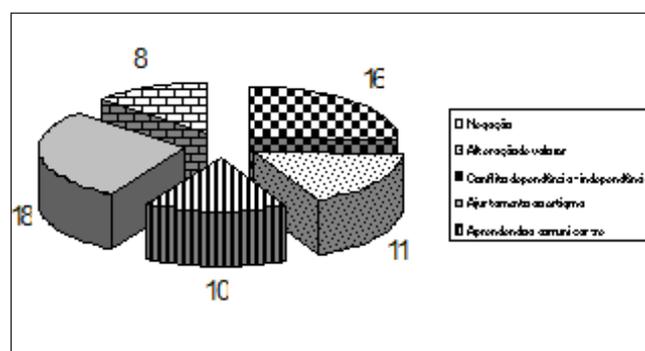
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS QUANTO AO TEMPO DE DEFICIÊNCIA. SOBRAL/CE, 2003



Fonte primária.

Durante as entrevistas, consoante responderam os entrevistados, 17 (27%) deles têm cegueira há pelo menos 5-10 anos, 16 (25%) entre 1-4 anos, e o mesmo número referiu estarem cegos há mais de 20 anos. Entre os entrevistados, quatro (6%) responderam não saber há quanto tempo perderam a visão, só informaram que foi “há muito tempo”, enquanto três (5%) pessoas disseram não enxergar há menos de um ano.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS QUANTO AO ESTÁGIO DE ACEITAÇÃO DA DEFICIÊNCIA. SOBRAL/CE, 2003



Fonte primária.

Mesmo com o estímulo de outros sentidos em detrimento da visão, a sua perda altera de sobremaneira a interação do deficiente visual com o mundo, sendo necessário utilizar mecanismos para enfrentar as dificuldades impostas pela deficiência. Conforme a classificação de Smeltzer e Bare³ observamos no gráfico 3 um maior número de portadores visuais, 18 (29%) classificados na fase de ajustamento ao estigma. Entretanto, 16 (25%) foram classificados como ainda enfrentando a fase de negação. O menor número, oito (13%) ocorreu na fase aprendendo a se comunicar, e poderia nos levar à hipótese de que nas pessoas com menor tempo de deficiência a resposta à perda seria mais difícil do que nas pessoas com maior tempo de cegueira.

Importante identificar o estágio de adaptação da deficiência visual, uma vez que o portador têm de realizar tarefas sem o estímulo visual e seus familiares também vão ter que se adaptar a novos papéis.

QUADRO 1 – RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE DEFICIÊNCIA E O ESTÁGIO DE ACEITAÇÃO DA DOENÇA.
SOBRAL/CE, 2003

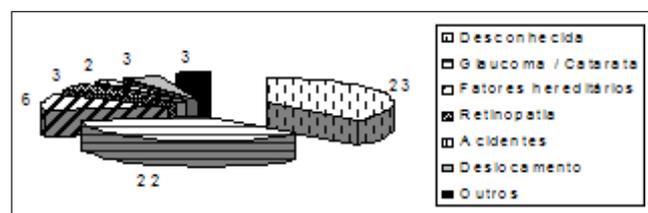
TEMPO DE DEFICIÊNCIA	ESTÁGIO DE ACEITAÇÃO DA DOENÇA				
	Negação	Alteração de valores	Conflito de dependência-independência	Ajustamento ao estigma	Aprendendo a comunicar-se
< 1 ano	3	–	–	–	–
1 – 4 anos	5	4	1	5	–
5 – 10 anos	5	3	4	4	1
11 – 20 anos	–	2	2	2	1
> 20 anos	1	1	1	7	6
Desconhecido	2	1	2	–	–

Fonte primária.

Pelos dados distribuídos no quadro 1, pudemos observar que o tempo de deficiência é o determinante para a adaptação do deficiente à cegueira, pois apenas uma pessoa com mais de vinte anos da perda da visão, ainda enfrenta a fase de negação. Portanto, não devemos considerar somente o tempo de deficiência e o estágio de aceitação, pois outros fatores podem estar relacionados, como a capacidade de cada deficiente para enfrentar o problema, a capacidade da família aceitar e ajudá-lo nesse processo, enfim, vários são os motivos que levam a pessoa a aceitar, enfrentar ou rejeitar sua condição.

Entre as pessoas identificadas, seis (10%) apresentam deficiência visual congênita e 57 (90%) são portadores de deficiência adquirida. Isso nos leva a refletir sobre as formas de diminuir a incidência de cegueira adquirida. Tais resultados nos induzem a pensar sobre a necessidade de se implementar unidades especializadas que possam contribuir na prevenção e, conseqüentemente, na diminuição da incidência de cegueira adquirida.

GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS QUANTO ÀS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA. SOBRAL/CE, 2003.



Fonte primária.

Na investigação das causas da deficiência visual, identificamos as seguintes: glaucoma e catarata, vinte e três (36%); fatores hereditários, seis (10%); retinopatia, três (5%); deslocamento da retina, três (5%) e acidentes, dois (3%). Tivemos ainda vinte e três (36%) portadores de deficiência visual que desconhecem a causa.

Como todos os outros sistemas orgânicos, o olho é afetado pelo envelhecimento. Alterações estruturais e funcionais ocorrem de forma lenta e gradual. A percepção visual depende da integração de vários sistemas neurossensoriais e de estruturas que envelhecem em diferentes velocidades. Além de uma incidência aumentada de várias das patologias do sistema visual, como: catarata, glaucoma, degeneração macular senil e retinopatia diabética¹⁰.

O glaucoma é definido como um estado patológico decorrente da elevação da pressão intra-ocular por distúrbios no sistema de drenagem do humor aquoso, acompanhado de alterações no campo visual e de escavação do disco óptico¹¹. Essa doença atinge muitas pessoas em todo o mundo, sendo responsável por um grande número de cegueira. Talvez pelo fato de ser uma doença assintomática, na maioria dos casos, sendo descoberta somente quando a lesão no nervo óptico é irreversível; porém se for diagnosticada precocemente, a cegueira pode ser evitada².

A maioria das mulheres deficientes visuais encontradas tinham desenvolvido a cegueira devido a doenças como o glaucoma e a catarata. Uma possível causa para esse fenômeno é que as variações hormonais ocorridas a

cada ciclo menstrual da mulher podem contribuir para alterações na microcirculação dos vasos sanguíneos, favorecendo o desenvolvimento de alterações nos microvasos retinianos. A microcirculação é controlada pelo sistema adrenérgico e por hormônios¹¹. Essa microcirculação pode ser observada no leito ungueal (microscopia capilar) e na retina (fundoscopia). Mas esta hipótese ora levantada exige outros estudos para se chegar a uma conclusão.

As doenças genéticas constituem uma grande parte do total de doenças nas populações adultas e pediátricas, porém às vezes são consideradas raras pelos profissionais de saúde. O fato dos profissionais de saúde acreditarem que dificilmente irão se deparar com doenças genéticas, pode levar ao adiamento do tratamento, pois algumas doenças não dispõem de tratamento efetivo contra a perda da visão, apenas um controle na sua evolução¹².

O cristalino é uma estrutura ocular que funciona como uma lente e está localizada na porção posterior da íris. Quando o cristalino torna-se opaco ou turvo, tem-se a catarata, que pode ser classificada senil, surge com o envelhecimento; congênita, ocorre no nascimento; a traumática, que aparece após a lesão e a afaquia, ausência do cristalino¹³.

A retinopatia diabética é uma lesão ou oclusão dos vasos sanguíneos que nutrem a retina, como resultado do inadequado controle da glicose sanguínea. Os vasos enfraquecidos tornam-se permeáveis, extravasam, causando pequenas hemorragias, edema retiniano ou depósitos exsudativos. A isquemia retiniana progressiva estimula a formação de novos vasos. Esses novos vasos são frágeis e podem romper-se causando hemorragia no corpo vítreo². É a principal causa de cegueira na população entre 20 e 74 anos, nos Estados Unidos, e no Brasil, as estatísticas apontam como uma das principais causas de cegueira, perdendo apenas para catarata e glaucoma¹⁴.

A retina constitui a camada interna do globo ocular, sendo responsável pela formação da imagem através do estímulo luminoso. Se uma doença ou trauma interferir na passagem da luz a visão pode ficar diminuída ou perdida. Portanto, o deslocamento de retina é uma emergência oftalmológica que deve ser resolvida o quanto antes para prevenir a perda da visão.

Todos os dados referentes a acidentes oculares foram com homens, dois (5%), num universo de 36 pessoas.

O olho é muito vulnerável a traumatismo, apesar da proteção dada pela órbita ocular e pelo efeito amortecedor da gordura orbital. Pode-se dividir os traumatismos oculares em traumatismo da órbita, das pálpebras, do globo ocular e queimaduras oculares¹⁵. Os acidentes oculares ocorreram em decorrência de acidente de trânsito, com traumatismo do globo ocular e pálpebra.

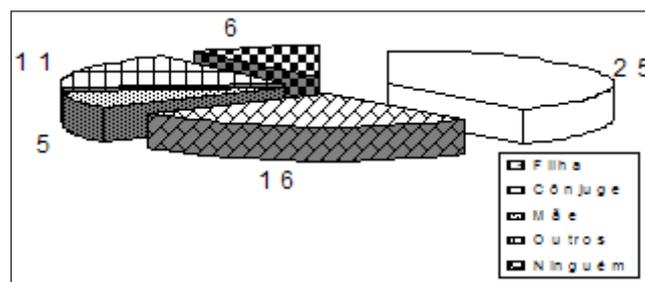
O traumatismo orbitário ocorre nas contusões do rosto; os traumatismos de pálpebras e globo ocular ocorrem geralmente em acidentes de trânsito; já as perfurações oculares atingem a córnea e podem ser causadas por vidro, faca, madeira, tesoura ou lápis. Quando a córnea é lesionada, dependendo da extensão, corre-se o risco de perda total da visão¹⁵.

Entre as causas identificadas neste estudo, nos chamam a atenção dois dados de significância: as deficiências adquiridas por doenças e o percentual de causas desconhecidas. Segundo vimos, as doenças são as principais causadoras da cegueira, entretanto, podem ser preveníveis pela visita regular ao oftalmologista e pela procura de um especialista tão logo seja percebida alguma alteração na visão.

A atividade de combate à cegueira é uma tarefa de todos os profissionais de saúde, porém é fundamental a identificação de novos casos de deficiência, assim como da relevância da educação em saúde ocular, pois prevenir é educar.

Quanto ao cuidador do deficiente, o principal é um membro da família, como mostra o gráfico 5. É essencial, portanto, o enfermeiro trabalhar com esses membros, identificando necessidades e objetivos para ajudá-la no planejamento das intervenções mais apropriadas aos problemas detectados, como por exemplo, ajudar a alimentar-se, vestir-se, deambular de forma adequada em casa, enfim, ter o máximo de independência dentro de suas limitações¹⁶.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS QUANTO AO PRINCIPAL CUIDADOR. SOBRAL/CE, 2003



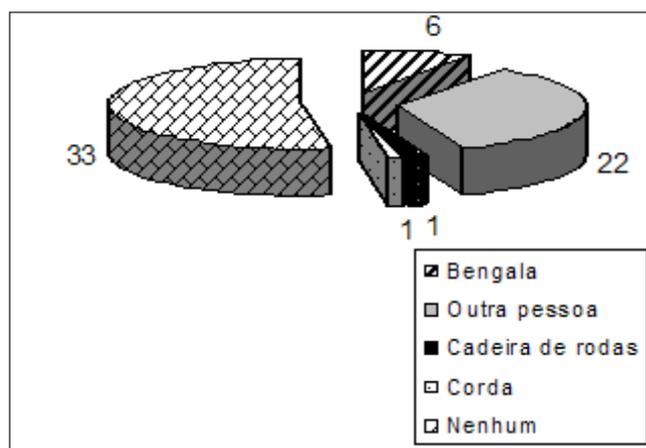
Fonte primária.

A família é um recurso para a vida e, obviamente, também um recurso para a saúde e para o apoio na doença. Sendo assim, os membros da família devem estar integrados na busca de alternativas para a resolução dos problemas e ansiedades que surjam em decorrência da deficiência visual.

Em relação aos dispositivos de auto-ajuda utilizados, 33 (52%) dos entrevistados relataram que não utilizam nenhum mecanismo que facilite sua deambulação. A nosso ver, este dado é devido ao ambiente em que vivem, pois ficam restritos à própria residência, na qual já desenvolveram a capacidade de distinguir cada cômodo. Conforme relato, 22 (35%) pessoas precisam de ajuda de outras pessoas para realizar atividades do dia-a-dia. Se somarmos o número de pessoas que não se locomovem sozinhas em todos os ambientes e as pessoas que necessitam de outras pessoas, verificaremos alto índice (87%) de dependência do deficiente, o que restringe sua qualidade de vida.

Existem centros de reabilitação que objetiva possibilitar ao portador de deficiência visual realizar ações próprias para o alcance da sua autonomia e independência, buscando explorar veementemente o tato, a audição, o olfato, pois estes serão os canais de captação das coisas do mundo exterior¹⁷.

GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS DEFICIENTES VISUAIS QUANTO AO DISPOSITIVO DE AUTO-AJUDA UTILIZADO. SOBRAL/CE, 2003



Fonte primária.

Segundo observamos, seis pessoas usam bengala, das quais apenas uma foi treinada em curso de orientação e mobilidade realizado em São Paulo. Uma delas relatou que

seus familiares colocaram uma corda para guiá-la da cama ao banheiro. Essa situação chega a ser degradante para o indivíduo, pois em virtude de estar privado do convívio social, vê-se limitado a se locomover guiado por uma corda.

As pessoas portadores de deficiência visual precisam, além das necessidades básicas por todos conhecidas, de serviços de habilitação e reabilitação, para que não sejam segregadas e possam estimular o desenvolvimento de suas aptidões. Nesse contexto, a participação dos profissionais como uma equipe se faz necessária e a enfermeira vem pouco a pouco conquistando espaços, porque identificou lacunas nesse tipo de assistência que a ela caberia preencher. Os cuidados estão relacionados com o desenvolvimento da auto-ajuda, valorizando as condições do cuidado corporal, vestuário, alimentação, desempenho de atividades no lar, dentre outros¹⁸.

CONCLUSÕES

Na zona urbana da cidade de Sobral/CE, encontramos 63 portadores de deficiência visual. A maioria dos portadores era do sexo feminino (36); tinha mais de 60 anos de idade (40); estava cega há, pelo menos, 5-10 anos (17); na fase de ajustamento ao estigma da cegueira (18); desenvolveu a deficiência visual devido a distúrbios adquiridos (55); o principal cuidador é a filha (25); e disseram não utilizar nenhum dispositivo de auto-ajuda (33).

O alto índice de mulheres deficientes visuais foi um fato que chamou a atenção, bem como a prevalência de causas evitáveis de cegueira. Existe também uma dependência do portador de deficiente visual com outras pessoas, principalmente para deambulação, o que limita a independência e a qualidade de vida do cego.

Verificamos que os dados levantados neste estudo expõem uma realidade difícil para os portadores de deficiência visual residentes em Sobral. Eles não dispõem de orientação específica para seu problema, por isso, muitas vezes, assumem diferentes estágios de aceitação da deficiência visual.

É preciso portanto haver mais conscientização sobre a deficiência visual. O envolvimento de todos é indispensável para tornar mais efetiva a inserção dessas pessoas na comunidade. O espírito de comunhão e solidariedade

nesta integração é imprescindível e pode estimular o potencial desses deficientes.

Esperamos que este estudo contribua para refletirmos sobre a necessidade de prestar melhor assistência aos portadores de deficiência visual e institucionalizar um centro de reabilitação no município de Sobral/CE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whaley LF, Wong DI. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
2. Temporini ER. Promoção da saúde ocular [on line] [acessado em: 2000 nov. 29]. Disponível em: <<http://www.cbo.com.br/abo>>.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 18ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. v. 4.
4. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
5. Du Gas BW. Enfermagem prática. 4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
6. Conselho Nacional de Saúde(BR). Resolução 196, de 1996. Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
7. Pagliuca LME. Assistência de enfermagem ao deficiente visual. Fortaleza: Ed. UFC,1993.
8. Kara-José N, Oliveira RCS. Os principais problemas oculares. In: Ministério da Saúde(BR). Manual de condutas médicas. Programa Saúde da Família. Brasília, 2002.
9. Ruípérez IC, Llorente PD. Geriatria: guias práticos de enfermagem. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2000.
10. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 59- 76.
11. Bogliolo L, Brasileiro Filho G. Patologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
12. Jorde LB, Carey JC. Genética médica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
13. Nettina SM. Prática de enfermagem. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p. 358.
14. Cella W, Freitas Filho JA. Fatores de risco para retinopatia diabética no diabetes mellitus tipo 2. J Bras Med 2001; 81(1):60-73. .
15. Porto PP. Exame clínico: bases para a prática médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
16. Swartz MH. Semiologia: anamnese e exame físico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1992.
17. Cardoso MVLML, Pagliuca LME. Caminho da luz: a deficiência visual e a família. Fortaleza: FCPC; 1999.
18. Neves TA. O papel do(a) enfermeiro(a) do trabalho na reinserção social da pessoa com deficiência. Rev Bras Enfermagem 1982; 35:192-9.

RECEBIDO: 23/06/04

20/10/04