

ASPECTOS OFTALMOLÓGICOS DA REABILITAÇÃO DE CEGOS (*)

Dr. Rubens Belfort Mattos (***) — São Paulo

GENERALIDADES

O oftalmologista, ao deparar com a cegueira ou com uma perda progressiva e irreparável da visão, tem por dever, além de tratar clinicamente ou cirurgicamente, orientar o seu paciente quanto ao futuro. Psicologicamente há uma tendência a se desinteressar do caso, pois, como profissional dedicado à cura, não conseguiu seu “desideratum” e, portanto, procura, inconscientemente, esconder e esquecer seu fracasso; deve porém analisar-se e corrigir-se em suas próprias reações à luz das verdadeiras razões que as motivaram.

Como médico, com sua autoridade científica, contato maior ou menor com o paciente, personalidade e conhecimentos psicológicos, tem a obrigação de explicar, o melhor possível, o prognóstico da moléstia e as possibilidades da reabilitação. Está hoje provado que os melhores resultados são obtidos com uma orientação esclarecida, um apôio seguro e conselhos adequados do oculista; Mary Campbell (***), com sua autoridade, afirma que “85% dos indivíduos que ficaram cegos por moléstia, encontram dificuldades no seu ajustamento posterior devido à inadequada atitude psicológica do meio.” Apesar de estranho, especialistas no assunto têm observado que, embora a cegueira por acidente provoque um choque profundo no indivíduo, este tem melhores disposições para reorganizar-se física e socialmente. Estes dois fatos, em si só, já falam muito sobre o assunto.

O medo de que um choque irá provocar alterações psíquicas é encontrado entre muitos oculistas. Estes, como médicos, devem saber que o choque existe, porém as reações do paciente não são determinadas pelo mesmo e sim por componentes psíquicos e emocionais, sendo que a maioria das neuroses traumáticas têm sua origem na infância. As reações são determinadas pela personalidade do indivíduo e não pela cegueira. Cabe pois, ao médico, avaliar e preparar o paciente para comunicar-lhe a verdade,

(*) Tema Oficial do I Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação, III Seminário do Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo — 13 a 16 de dezembro de 1961.

(**) Docente Livre da Clínica Oftalmológica

(***) Citada por Chevigny, H. (4).

apontando na ocasião os aspectos positivos, possibilidades e exemplos de casos semelhantes; deve, outrossim, explicar o caso à família, porque há, como é fácil compreender, enorme importância no comportamento da família em face da reabilitação (5). Se houver dúvida sobre o comportamento do paciente, deve enviá-lo a um psicólogo ou psiquiatra para orientação do caso.

A ignorância da realidade, proveniente da "piedade" do profissional ou a esperança de uma melhoria dada pelo facultativo assistente, a não ser em casos especialíssimos, é um verdadeiro ato criminoso, pois provoca o desinteresse e a falta de adaptação a um estado que julgam mais ou menos transitório. O paciente não se educa, fica na ilusão de que seu estado é temporário, de que sua cura virá em breve quer por tratamento clínico, quer cirúrgico ou pela "evolução da ciência". Deixa mesmo de acreditar em outros especialistas porque um deles deu-lhe uma falsa esperança. Quando cair em si, cedo ou tarde, compreenderá tudo que perdeu por uma informação errônea e descabível.

A verdade é que entre nós, como em quase todos os países, a formação do médico não inclui um conhecimento dos recursos no campo da reabilitação dos incapacitados em geral. Trata-se de matéria nova, só encontrado em nações mais adiantadas, com núcleos econômicos, sociais e científicos elevados. Felizmente, encaminhamo-nos para tal. Aliás, quando as Sras. Helen Keller e Harry Gradle visitaram o Brasil, por volta de 1953, tiveram ocasião de declarar que pela evolução do Rio de Janeiro e São Paulo já estávamos em condições de começar a encarar esse problema. Nota-se nas sociedades de oftalmologia de São Paulo e Rio de Janeiro um interesse crescente pelo assunto; nos nossos conclave nacionais, trabalhos têm sido apresentados (13), assim como constatamos publicações em revistas especializadas (1) (8). Contamos agora com um núcleo de técnicos no campo da reabilitação e com um grupo de pessoas bem esclarecidas que colaboram nos vários setores.

O conhecimento básico dos recursos de reabilitação, embora sirva de apoio ao médico no momento de orientar seus pacientes, não é todavia suficiente para uma ajuda permanente e eficaz; é mister que o especialista o encaminhe a uma organização que esteja capacitada para educar ou reabilitar o deficiente. no nosso caso o cego.

A fim de encararmos devidamente o aspecto oftalmológico da reabilitação dos cegos, devemos situar o problema da cegueira e da reabilitação.

DEFINIÇÕES

São inúmeras as definições de reabilitação e de cegueira; enorme quantidade de dados são adicionados ou subtraídos para que o problema seja situado em "senso lato" ou "senso estrito". Não é intenção deste

despretencioso trabalho discuti-las e sim expor o que se está fazendo em São Paulo com referência a este assunto. Em que pesem as várias condições visuais, físicas, mentais, sociais, psicológicas e econômicas, e reconhecendo que não se pode ter medidas fixas e pré-estabelecidas, para um estudo dessa natureza, somos de parecer que é necessário, entretanto, a existência de uma base para que haja uma planificação geral e uma orientação segura.

Consideramos reabilitação da cegueira os meios pelos quais ajudamos um cego, com mais de 18 anos, que não foi educado convenientemente, a integrar-se no plano intelectual, físico, social, econômico e emocional. Na prática, isso é obtido até aos 45 anos porque após essa idade torna-se difícil arranjar emprego devido às leis trabalhistas.

Consideramos como cegueira uma visão igual ou menor que 0,1 (20/200) com a correção óptica no olho de melhor visão, ou uma redução nos campos visuais igual ou menor de 20º no maior meridiano, no olho de maior campo visual. É a definição legal da cegueira, que está sendo aprovada pela Associação Pan-Americana de Oftalmologia e usada por 46 dos Estados Norte Americanos, Canadá, Austrália, Dinamarca, etc. (14). Cabe, neste presente trabalho, para melhor compreensão do problema, dar também a definição mais aceita de ambliope: indivíduo com visão entre 0,3 (inclusive) e 0,1 (exclusive) no olho de melhor visão; isto porque, por meios especiais que veremos adiante, podemos transformar um indivíduo legalmente cego em ambliope.

REABILITAÇÃO

A reabilitação, também chamada de terceira fase da medicina, é aquela que cuida do paciente depois da medicina preventiva e curativa. Segundo Rusk (15) ela faz o possível para que o incapacitado possa viver e trabalhar dentro dos limites de sua incapacidade, mas atingindo o máximo dentro de suas possibilidades.

Embora a reabilitação date de decênios, tomou grande impulso na I Grande Guerra e posteriormente na II Grande Guerra e no episódio da Coreia. Por falta de homens válidos durante as mesmas, lançou-se mão dos incapacitados, para cooperarem na produção e posteriormente, os inválidos de guerra, por razões óbvias, tiveram cuidados e atenções especiais.

Atualmente, inúmeros estudos têm sido realizados, tendo a análise do problema mostrado que os fatores de maior interesse na reabilitação são os seguintes: 1) reconhecimento de que as necessidades físicas, mentais, sociais e emocionais dos incapacitados não diferem daquelas dos indivíduos normais; 2) na sociedade moderna há razões econômicas para contribuição desse potencial na coletividade; 3) a terapêutica, os métodos educativos,

a avaliação psicológica e vocacional, as próteses, os auxílios ópticos, etc., evoluíram grandemente; 4) os serviços médicos, sociais, educacionais, e vocacionais nos serviços de reabilitação têm se desenvolvido rápida e eficazmente.

Hoje em dia não podemos aceitar mais a idéia de que se deve "dar" um emprego a um cego. Deve-se empregá-lo se ele, em igualdade de condições, mostrar ser igual ou melhor que uma pessoa normal para determinado trabalho. A preparação para que esse deficiente visual possa competir, ajustado e integrado, na luta pela vida, apesar de sua limitação, constitui a essência da reabilitação.

Algumas profissões são mais facilmente indicadas para os cegos enquanto que outras não, dependendo mais de fatores individuais que da limitação decorrente da ausência da visão. Listas de serviços que os cegos possam executar têm sido organizadas (3) (10); não têm, entretanto, sido aceitas pelos especialistas no assunto, porque as mesmas iriam provocar, eventualmente, uma limitação nesse setor que ainda está em evolução. Para se ter uma idéia, basta dizer que nos Estados Unidos existe um cego trabalhando em pesquisas atômicas. Quando iríamos pensar nisso, há poucos anos?

Um dos índices que se pode utilizar para determinação do grau de desenvolvimento de um povo é o seu interesse pelo bem estar das pessoas incapacitadas. Em nosso país verifica-se que há consciência do problema sendo que em 1951 o Conselho de Administração do Hospital de Clínicas de São Paulo aprovou o projeto apresentado para criação de um Serviço de Reabilitação. Em agosto de 1952, o Dr. Ling, da ONU, visitou a América Latina para estudar as possibilidades e o local para a instalação de um centro de reabilitação piloto que teria o apoio técnico e patrocínio da ONU; a escolha recaiu sobre São Paulo. Iniciado em 1955 e viistado por outro técnico da ONU — o Dr. Gingras — o Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo teve esse nome oficializado em 1958. Apresenta os seguintes setores: Serviço Social, Serviço Médico, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Serviço de Psicologia e Serviço de Orientação Profissional. É interessante notar-se, diga-se de passagem, que para Assistente Social Chefe do Serviço foi solicitada a Assistente Social Chefe desse serviço da Fundação para o Livro do Cego no Brasil, o que demonstra a interligação dos problemas de reabilitação.

No campo da reabilitação de Cegos, veio ao Brasil o Sr. Joseph Asenjo, da Organização Internacional do Trabalho, que permaneceu entre nós de fevereiro de 1957 a junho de 1958, isto é, 18 meses. Ainda há pouco o Sr. Joaquim Lima de Moraes estagiou nas oficinas de trabalho para cegos, nos Estados Unidos e Canadá, com uma bolsa de 5 meses, concedida pela Organização Internacional do Trabalho; após sua volta foi

encarregado da superintendência da oficina protegida, a qual está trabalhando eficazmente e com grande sucesso, num regime de sub-contratos com várias indústrias paulistas. O SESI mantém um serviço de pesquisa e colocação de cegos.

Como bem acentua Bier (2), quando é relembrado que mesmo uma pequena melhoria de visão pode parecer miraculosa para um paciente classificado como cego e freqüentemente oprimido com o estigma oficial da perda de visão, torna-se evidente que a disposição de auxílios especiais ópticos ou oftalmológicos é um serviço necessário à comunidade.

Com sua experiência, Kestenbaun (11) declara que psicologicamente uma pessoa letrada não deve ser considerada "cega", uma vez que possa ler, de algum modo ou com algum auxílio, as letras tipográficas comuns.

A reabilitação oftalmológica propriamente dita, só pode ser realizada naqueles indivíduos que, legalmente cegos, ainda têm visão, visão essa muito reduzida e incompatível com seu sustento, constituindo também a chamada cegueira profissional. Constitui em aplicação de métodos ou auxílios ópticos que fogem completamente da rotina oftalmológica, razão pela qual, embora haja discussões a respeito de reabilitação oftalmológica, julgamos oportuno tecermos comentários a respeito.

Os inúmeros trabalhos apresentados nas duas ou três últimas décadas, demonstram cabalmente que um enorme número de indivíduos com visão baixa podem apresentar grande melhoria de visão com o uso de correções ou auxílios especiais. Em 500 pacientes examinados, Fonda (7) prescreveu 240 auxílios para visão sub-normal; destes, 72% apresentaram melhorias constatadas pelo autor e pelos pacientes. Num relatório do "Optical Aids Service of the Industrial Home for the Blind", verifica-se que em 500 casos, foram

não apresentaram benefícios e 14% apresentaram melhoras, porém houve adaptação aos auxílios ópticos. De um total de 520 casos, foram prescritos: 29% óculos comuns para perto; 26,7% óculos para visão à distância; 13,1% bifocais; 13,8% lentes microscópicas; 11,6% lentes telescópicas; 0,6% lentes de contacto e 5,2% meios auxiliares. O problema dos portadores de visão deficiente tem preocupado cada vez mais os oculistas e ainda recentemente Fasanella (6), em seu livro sobre Complicações na Cirurgia Ocular, convidou Fonda para escrever o capítulo 22 sobre a reabilitação dos pacientes com visão baixa. Ainda recentemente, na conferência anual da "National Society for the Prevention of Blindness", especialistas no assunto discutiram detalhadamente o valor dos auxílios para a visão baixa (16).

Outra demonstração do alto interesse, foi a grande freqüência à exposição sobre métodos de correção da visão baixa, feita por ocasião do XVIII Congresso Internacional de Oftalmologia, realizada em Bruxelas, em 1958, exposição esta organizada por Fonda, Kestenbaun, Faye e Kaehler.

Após estas breves considerações passemos ao estudo dos métodos possíveis para se provocar maior imagem na retina e portanto melhor visão.

Os métodos para melhoria dessa visão baixa continuam a ser estudados de acôrdo com as duas finalidades de ver longe ou perto. As primeiras geralmente poucos benefícios trazem ao paciente, enquanto que nos segundos é que encontramos um auxilio prático e verdadeiro. E' interessante lembrar, como bem acentua Linksz (12), que em princípio não existe diferença entre os auxílios para a visão e para os de visão baixa.

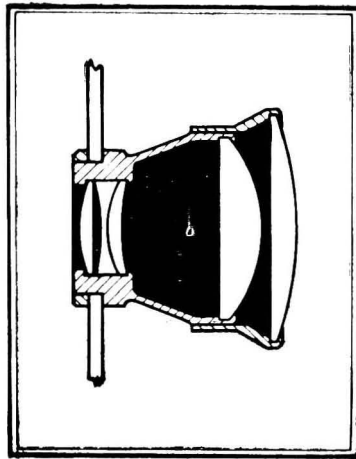


Fig. 1

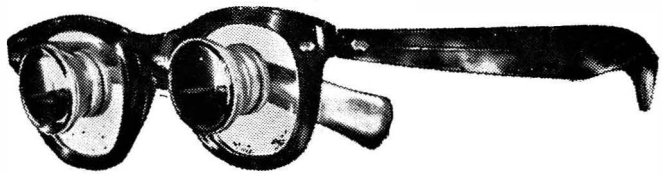


Fig. 2

Os tipos de correção para distância são: 1) correções ópticas comuns, as mais precisas possíveis; 2) correções não ópticas, decorrentes da aproximação do indivíduo ao que quer enxergar; especialmente usadas nas escolas, cinemas, para assistir a televisão, etc.; 3) telêlunetas que aumentam as imagens, pelo sistema óptico de Galileu, com aumento útil entre 1,7 e 2,2 vezes; como, porém, reduzem o campo visual, são incompatíveis com a locomoção; as telêlunetas mais conhecidas são as de Zeiss, Hamblin, Keeler, Feinbloom, Kollmorgen, Sais e as fabricadas no Brasil pela firma D. F. Vascencellos (fig. 1 e 2), que após vários estudos lançou-se no mercado, doando um certo número das mesmas às pessoas economicamente impossibilitadas de adquiri-las; 4) binóculos ou prismáticos monoculars para serem usados quando o paciente estiver parado e quiser

ver ao longe; 5) lentes de contacto simples, coloridas ou com pupila artificial, para astigmatismos irregulares, ceratocone, etc. ou ainda, para serem usadas como a primeira lente de um sistema óptico; 6) óculos com orifício ou fenda estenopéica para certos tipos de cicatrizes corneanas, opacificações de cristalino e de vítreo; 7) telescópio de espelho baseado no sistema de Cassegrain-Dixon, com o qual Feinbloom, em 1956, introduziu o que ele chama "Mirroscope" que dá um aumento de 3,5 vezes.

E' porém para a visão de perto que se obtém os melhores resultados nos indivíduos com visão baixa. Na seleção dos pacientes, de acôrdo com suas necessidades, devemos sempre analisar, como bem lembram Gordon e Ritter (9): o aumento ou poder, a distância de trabalho, o campo visual e a profundidade do campo; a alteração de um desses fatores implicitamente varia os outros. Devemos ter sempre em mente, ainda, que o aumento ou poder é obtido dividindo o poder dióptrico por quatro. Os tipos para correção para perto são: 1) Método não óptico de aproximação, usado geralmente pelos jovens, que ainda possuem grande poder de acomodação ou pelos míopes que tiram os óculos; 2) correções ópticas comuns precisas, muitas vezes com modificação de eixo de cilindros fortes, se forem usados para visão de muito perto; 3) adição de esféricos mais fortes, de + 4 D a + 10 D, tendo-se o cuidado de se descentrar internamente, de um modo geral 1 Dioptria para cada milímetro; 4) adição de esféricos mais fortes para uso monocular, havendo supressão ou oclusão do outro olho; 5) um bifocal mais forte para uso monocular; 6) lentes bifocais para leitura, fabricadas pela A. O. com poder de aumento até de 8 vezes; 7) lupa manual comum ou esférica, com apóio ou não, sem ou com iluminação; 8) lentes especiais, tipos esféricas de cristal ou plásticas, "Aolite" (aumento de 8, 10 e 10 vezes) ou conóide; 9) lentes microscópicas e bifocais microscópicas, com aumentos de 10 ou 16 vezes, para indivíduos com visão até 3/200; 10) sistema óptico de duas lentes positivas adjacentes uma à outra; 11) telupla com adição para perto, indicada quando houver necessidade de trabalhar numa distância normal, porque os tipos de auxílios anteriores, se aumentam muito, produzem a necessidade de se aproximar o olho ao ponto fixado; 12) projetores com aumento, tipo AO, aumentando 3 X, 5 X, ou mais ainda, como o Megascoppe da American Foundation for the Blind que aumenta 12 ou 25 vezes. A firma D. F. Vasconcelos, a nosso pedido, estudou um aparelho dessa espécie, cujo protótipo foi demonstrado na exposição de aparelhagem e instrumental da XI Jornada Brasileira de Oftalmologia.

Ao concluir, queremos ressaltar o fato de que 70 a 80% das pessoas com visão baixa se beneficiam grandemente com fortes lentes positivas e que essa correção os oculistas podem e devem fazer; haverá aproximação do objeto e pouca profundidade de foco, é verdade, mas os benefícios

são evidentes. Trata-se de método que todos sabem, porém que nem sempre é lembrado e que, uma vez usado, será muitas vezes o primeiro passo para a reabilitação.

SUMMARY

The author emphasizes the importance of giving the ophthalmologist full and precise data on each patient's case; to help in the assessment of realities, the physician ought, on the other hand, explain what is understood by blindness, ambliopia, and rehabilitation; he proceeds to consider rehabilitation at some length, and to give details on what is being done in São Paulo, in this field.

He stresses the importance of improving the eyesight of the visually deficient, as any betterment may be of help to them.

He describes results obtained by several authors and their different methods to improve near — and long sightedness.

Referências bibliográficas

- 1 — BELFORT MATTOS, R. e NOWILL, D. G. — O papel do oftalmologista na educação e reabilitação de deficientes visuais. *Lente*, IV; 3-8, Jan.-Mar., 1960.
- 2 — BIER, N. — Correction of subnormal vision. London, Butterworths, 1960.
- 3 — BONNARDEL, R. — Vision et professions. Paris, Conservatoire national des arts et métiers, 1937.
- 4 — CHEVIGNY, H. and BRAWERMAN, S. — New Haven, Yale University Press, 1946.
- 5 — FARLAND, D. C. M. — Family attitudes in Vocational Rehabilitation. *The New Outlook for the Blind*, 51; 443-445, Dez. 1957.
- 6 — FASANELLA, R. M. — Management of complications in eye surgery. Philadelphia, W. B. Saunders Comp. 1957.
- 7 — FONDA, G. — Report of 500 patients examined for low vision, *Arch. Ophth.*, 56; 171-175, Aug., 1956.
- 8 — FONTES LIMA — Problemas da recuperação visual. *Rev. Bras. Oftal.* XX, 325-333, Dez. 1961.
- 9 — GORDON, D. M. and RITTER, C. — Magnification. *Arch. Ophth.* 54; 704-713, Nov. 1956.
- 10 — HANDBOOK ON THE WELFARE OF THE BLIND IN ENGLAND AND WALES — London, Ministry of Health, 1934.
- 11 — KESTENBAUM, A. and STURMAN, R. — Reading glasses for patients with very poor vision. *Arch. Ophth.* 56; 451-479, Sep. 1955.
- 12 — LINKS, A. — Visual aids for the partially sighter. *Amer. J. Ophth.* 41; 30-41, Jan., 1956.

- 13 — PAIVA GONÇALVES — Cegueiras profissionais. XI Jornada Brasileira de Oftalmologia; Temas Livres; 1-15. Set. 1961.
- 14 — REPORT ON THE WELFARE OF THE BLIND — Health Organisation of League of nations. Genebra, 1929.
- 15 — RUSK, H. A. — Reabilitation Medicine, S. Louis. The Mosby Comp. 1958.
- 16 — SLOANE, A. E. — The value of low vision aids. Sight-Saving Rev. XXXI; 144-160, Fall, 1961.