

\* Patrícia Zambroni

\*\* Luzia Iara Pfeifer

\*\*\* Sandra R. Morini

## ATUAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL EM UM CASO DE AGNOSIA VISUAL

**Resumo:** Este artigo relata um estudo de caso de uma criança do sexo masculino, com dez anos de idade, com agnosia visual (um caso clínico raro) e tem como objetivo apresentar a contribuição da terapia ocupacional no decorrer do tratamento, visando às áreas de desempenho, aos seus componentes de desempenho e ao contexto de desempenho. DHS, uma criança de dez anos de idade, do sexo masculino, foi submetido à intervenção terapêutica desde o momento em que chegou à instituição. Foi aplicado um roteiro de avaliação elaborado pelas terapeutas ocupacionais, no início do processo de intervenção e após seis meses de intervenção e foram realizados registros das condutas terapêuticas ocupacionais durante o processo de intervenção. Os dados foram analisados comparando-se os iniciais e os finais a fim de se verificarem as alterações de desempenho, além realização da análise do processo terapêutico ocupacional por meio dos registros. Não se pode deixar de lado a capacidade neuroplástica apresentada pela criança, somada à união de olhares e percepções que modularam os objetivos de uma equipe concisa e atenta e a fatores intrínsecos ao paciente e também ao ambiente, que, através de um intenso programa de estimulação, acelerou o processo de reabilitação. Com este estudo de caso, pode-se concluir que a atuação da terapia ocupacional, como parte de uma equipe interdisciplinar, foi eficaz do ponto de vista da habilitação uma vez que a criança apresentou resultados muito satisfatórios visando às áreas de desempenho e seus componentes.

**Palavras Chave:** Terapia Ocupacional. Agnosia visual. Criança. Desempenho ocupacional.

### Introdução

A avaliação é um procedimento para coleta de informações que ajudam a identificar as necessidades da criança, a verificar a sua evolução e a avaliar o efeito geral do tratamento. Como estabelece a direção para as ações terapêuticas, as avaliações têm papel primordial no processo de terapia ocupacional, assim, para um bom desenvolvimento desse

processo, os terapeutas ocupacionais realizam essa prática junto aos seus pacientes no início do tratamento, durante o tratamento e ao término do processo no momento de dar alta (NEISTADT, 2002).

Uma avaliação terapêutica ocupacional deve incluir as áreas de desempenho, os componentes de desempenho e os contextos de desempenho. As áreas de desempenho

\* Terapeuta ocupacional. Supervisora de estágio do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Claretiano - Batatais - SP.

\*\* Doutora. Terapeuta Ocupacional, docente do curso de graduação em Terapia Ocupacional da FMRP - USP - Ribeirão Preto - SP.

\*\*\* Fisioterapeuta, supervisora de estágio do curso de graduação em Fisioterapia da UNIP - Jundiá - SP.

englobam atividade de vida diária, atividade de vida prática ou instrumental, educação, trabalho, jogos e brincadeiras, lazer e participação social (AOTA, 2002).

Os componentes de desempenho incluem habilidades motoras, habilidades de realização de tarefas e habilidades de comunicação/ interação. O contexto de desempenho inclui o físico, o cultural, o social, o pessoal, o espiritual, o temporal e o virtual (AOTA, 2002).

Este trabalho apresenta a descrição de um processo terapêutico baseada em área e componentes de desempenho de uma criança com agnosia visual.

A agnosia visual pode ser causada por uma lesão cerebral, muitas vezes em consequência de uma anóxia cerebral, a qual é definida como falta de oxigenação.

A anóxia cerebral pode ser desencadeada por diversas causas, dentre elas destaca-se a parada cardíaco-respiratória (GOUVEIA *et al.*, 2000).

Segundo Tacsí e Vendruscolo (2004), a parada cardiorrespiratória é a emergência médica de maior importância na área pediátrica, tendo como consequência possível a anóxia cerebral.

As seqüelas da anóxia cerebral podem ser variadas, tais como alterações motoras, epilepsia, retardo mental, dificuldade de aprendizado escolar, distúrbios sensoriais (da fala, auditivos e visuais) (SCHWARTZMAN, 2004).

Dentre os distúrbios sensoriais, pode-se destacar a agnosia, a qual, segundo Sanvito (1996), é a dificuldade ou incapacidade de reconhecer objetos ou sons, em que pese a ausência de alterações óticas, auditivas ou táteis, as quais são provocadas por lesões cerebrais focais.

A literatura discrimina três principais tipos de agnosia: Agnosia Tátil, Agnosia Auditiva, Agnosia Visual. Agnosia Tátil é a incapacidade de processar uma informação tátil sem que haja alteração ou déficit nas

regiões sensoriais responsáveis por captarem tais informações. Os estudos indicam que a localização desse distúrbio muito provavelmente se localiza no lobo parietal. Essa incapacidade de reconhecer objetos de uso corrente em contato com as mãos pode também ser denominada astereognosia (BOHLHALTER *et al.*, 2002).

Agnosia Auditiva é a incapacidade de reconhecer determinados sons na ausência de qualquer lesão ótica, podendo ser global ou parcial (SANVITO, 1996).

Agnosia visual (A. V.), presente no caso clínico estudado, é uma falha para identificar estímulos visuais mesmo que o processamento sensorial e visual, a linguagem e as funções intelectuais gerais estejam suficientemente preservados. Chamada também de cegueira psíquica, a A.V. pura é uma síndrome rara, e existem controvérsias sobre ela ser uma extensão de déficits sensoriais e visuais primários ou uma entidade neuropsicológica separada (FARAH, 1990).

### **Objetivo**

Este trabalho tem como objetivo apresentar um programa de intervenção terapêutica ocupacional em uma criança com seqüelas de anóxia cerebral e agnosia visual (caso clínico raro) e demonstrar como esse processo pôde contribuir para a melhora de seu desempenho ocupacional.

### **Metodologia**

#### *Participante*

DHS, uma criança de dez anos de idade, do sexo masculino e com diagnóstico de seqüelas de anóxia cerebral e agnosia visual, submetida à intervenção terapêutica desde o momento em que chegou à instituição.

#### *Local*

O tratamento foi realizado em uma clínica-escola em dois espaços distintos onde ocorriam os atendimentos. Um deles é um

espaço aberto com gramado e plantas; o outro, uma sala contendo espelho, colchonete e um canto com estímulos sensoriais (grãos, areia e água).

#### *Procedimentos de coleta*

- Aplicação de roteiro de avaliação elaborado pelas terapeutas ocupacionais no início do processo de intervenção e após seis meses de intervenção.

- Registros das condutas terapêuticas ocupacionais durante o processo de intervenção.

#### *Procedimentos de análise*

Comparação dos dados iniciais e finais e descrição do processo de intervenção terapêutico-ocupacional.

### **Caso Clínico**

DHS, com desenvolvimento normal, foi internado com história de febre há quatro dias acompanhada de cefaléia e vômito e encaminhado logo em seguida para outro hospital por quadro de sepse. Suspeitou-se de meningite, que não se confirmou após exame do líquido cefalorraquidiano. O quadro clínico evoluiu com dor abdominal de forte intensidade e difusa. Foi realizada ecografia abdominal e constatada pequena quantidade de líquido livre peritoneal, posteriormente a criança passou a apresentar taquicardia, taquipnéia e confusão mental, sendo, assim, solicitada vaga na UTI.

Pelo quadro de sepse grave, optou-se por suporte ventilatório, acesso venoso central e cobertura antibiótica para provável foco intestinal. Foi indicada laparotomia (cirurgia abdominal), cujo resultado foi apenas pequena quantidade de líquido na cavidade.

DHS foi encaminhado para a UTI. Seu quadro neurológico evoluiu para um quadro seqüelar neurológico grave. Sua CT (tomografia computadorizada) de crânio mostrou atrofia cordical difusa. Em decorrência

deste quadro, teve dificuldade de deglutição, sendo proposta gastrostomia.

A criança recebeu alta para a enfermaria, quando apresentou hemorragia digestiva alta, sendo necessária nova hemotransfusão e encaminhamento para a UTI. Realizou-se endoscopia digestiva alta, que mostrou esofagite erosiva moderada e úlcera duodenal ativa sem sangramento.

Após quatro meses da alta hospitalar, os pais de DHS participaram da anamnese realizada pela equipe de uma instituição composta por: fonoaudióloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga e pedagoga. Logo em seguida, a criança passou pelo processo de avaliação (individualmente) nas áreas citadas.

Na primeira avaliação do setor de terapia ocupacional, DHS apresentava muita dificuldade em relação aos componentes de desempenho, tais como: dificuldade de controle cervical e tronco, alcance e preensão e coordenação motora fina precária, pois não realizava movimento de rasgar papel e não apresentava coordenação para fazer bolinhas. Apresentava também dificuldade com relação a conceitos básicos, conseguindo identificá-los, porém com déficit de noção espacial.

Seu comportamento era de insegurança, pouca tolerância a frustrações e pouca iniciativa. DHS não realizava contato visual, porém, apresentava constricção (miose) de pupila e localização de estímulo luminoso. Foi possível observar que a criança não reconhecia pessoas, objetos e ambientes, fato que ficou confirmado após aquisição da fala. Ela foi encaminhada para avaliação oftalmológica e foi diagnosticada a agnosia visual.

Em relação às áreas de desempenho, DHS era dependente em todas as AVDs, tais como: auto-cuidado, alimentação, vestuário e higiene e atividade de vida instrumental.

Em relação ao aspecto lúdico, apresentava uma postura passiva diante dos brinquedos, sem explorar e dar função adequada, devido ao déficit de orientação espacial.

Quanto à área de participação social, não se socializava, nem mesmo com as crianças, tendo postura de medo e insegurança em relação a elas.

#### *Intervenção*

Os atendimentos eram iniciados com o terapeuta posicionando-se à frente do paciente, em silêncio, para que este pudesse identificá-lo visualmente sem a influência de sua voz. Na seqüência, o terapeuta apresentava-se verbalmente, conduzindo-o até o local do atendimento para que ele explorasse, identificasse e descrevesse o ambiente. A atividade e os objetos que seriam utilizados durante a terapia eram mostrados, em algumas circunstâncias descritas, para que ele adivinhasse. Outras vezes, quando não se tratava de um objeto conhecido, eram realizadas a nomeação e a descrição para que a função fosse executada. Durante as terapias, enfatizava-se a localização espacial, temporal e o esquema corporal, além de rotina e seqüência lógica.

O terapeuta ocupacional, durante os atendimentos, trabalhou os componentes de desempenho, com intenção de prevenir encurtamentos e deformidades, estimular vias sensoriais, melhorar orientação espacial e esquema corporal, posicionar e adequar sua postura, direcionar e ganhar maior precisão em seus movimentos e trabalhar pinça e movimentos finos.

Quanto às áreas de desempenho, focalizaram-se as AVDs. Durante a alimentação foram realizadas algumas adaptações. Inicialmente, devido à dificuldade de o paciente identificar objetos em decorrência da agnosia visual, utilizou-se o prato de cor amarela que contrastava com o fundo preto (E.V.A preto embaixo do prato), o que facilitava sua percepção. Os talheres foram apresentados, porém ele fez uso somente de colher. Utilizou-se caneca de cor laranja com alça bilateral com o intuito de facilitar o controle do movimento mão-boca. O alimento era organizado (os diferentes tipos não se misturavam) de forma variada, com

ênfase nas diferentes cores. Antes de iniciar a alimentação propriamente dita, os alimentos eram nomeados e descritos (cor, textura, consistência, sabor e forma). Estimulava-se a localização visual dos alimentos para que o paciente pudesse cheirá-los e finalmente experimentá-los.

No banho e vestuário, a criança iniciava as atividades na postura sentada para retirar o calçado e a meia, enfatizando-se a observação da função realizada. Procedia da mesma maneira na retirada da calça, da cueca e da camiseta. Durante o banho, foi estimulada a localização espacial dentro do *box* a fim de que a criança alcançasse o sabonete e explorasse este objeto, desde a textura até o cheiro. Estimulava-se a percepção corporal, fazendo que a criança passasse o sabonete pelo corpo e nomeasse suas partes, adquirindo, assim, noção dos limites corporais, além das sensações oferecidas pela água. O processo para enxugar-se e vestir-se seguia o mesmo padrão de orientação, ou seja, localização visual, reconhecimento tátil e nomeação/função.

Na escovação de dentes, primeiramente, através de comando verbal, DHS era orientado para localizar-se dentro do ambiente do banheiro e posicionar-se em frente ao espelho e à pia. Por meio de comando verbal, era orientado para localizar sua escova, a pasta e a torneira. Era ajudado para abrir a pasta e passá-la na escova.

#### **Análise e Discussão dos dados**

Após seis meses, foi realizada uma nova avaliação, utilizando-se do mesmo instrumento da avaliação inicial, sendo verificadas mudanças significativas tanto nas áreas quanto nos componentes de desempenho.

Para melhor visualização da evolução de DHS, os quadros 1 e 2 mostram os itens avaliados nas áreas de desempenho e nos componentes de desempenho na primeira e segunda avaliações.

**Quadro 1:** descrição da evolução entre as avaliações iniciais e finais segundo as áreas de desempenho

Áreas de desempenho	Aspectos	1º avaliação	2º avaliação
AVDs	higiene pessoal	dependente	semidependente
	vestuário	dependente	semidependente
	alimentação	dependente	independente
	controle de esfíncter	dependente	dependente
AVP	locomoção	dependente	independente
Brincar	lúdico	não explora não dá função	realiza dramatização contextualizada, explora e manipula objetos
Participação social	socialização	não faz contato com criança nem com adulto	Relaciona-se melhor com adultos

Fonte: acervo pessoal

**Quadro 2:** descrição da evolução entre as avaliações iniciais e finais segundo os componentes de desempenho

componentes avaliados	1º avaliação	2º avaliação
mudança de decúbito	não realiza	realiza
controle cervical	não realiza	realiza
controle de tronco	não realiza	realiza
senta-se com apoio	não realiza	realiza
senta-se sem apoio	não realiza	realiza
arrasta-se	não realiza	realiza
engatinha	não realiza	não realiza
anda com apoio	não realiza	realiza
anda sem apoio	não realiza	realiza
equilíbrio dinâmico	não realiza	realiza
equilíbrio estático	não realiza	realiza
reage a sons verbais	reage	reage
busca fonte sonora	busca	busca
segue objeto com olhos	não realiza	realiza
reage à luz direta	reage	reage
alcança objetos	não realiza	realiza
manipula objetos na linha média	não realiza	realiza
transfere objetos de uma mão para outra	não realiza	realiza
simetria postural	assimetria	simetria
preensão palmar	realiza	realiza
preensão garra	não realiza	realiza
preensão leque	não realiza	realiza
preensão chave	não realiza	realiza
preensão pinça	não realiza	realiza
prono	não realiza	realiza
supino	não realiza	realiza
ADM	não realiza	realiza
esquema corporal	não nomeia/ não identifica	nomeia e identifica

Fonte: acervo pessoal

Por meio dessas informações, constatou-se boa evolução em pouco tempo de atendimento. Esses resultados vão ao encontro da literatura, que afirma que as anormalidades do tônus e/ ou movimentos podem ser alteradas com o passar do tempo (MARANHÃO, 2005) em consequência da absorção das hemorragias, além da plasticidade cerebral.

Em relação às áreas de desempenho, nas AVDs, a criança apresentou bom grau de independência, passou a alimentar-se sozinha e precisava de um pequeno auxílio para vestir-se e ir ao banheiro (desenvolveu controle de esfíncter). Realizou-se orientação para pais e monitores em relação a todos os aspectos citados. Segundo Gesell (1977), a criança com seis anos de idade já adquiriu independência em diversas habilidades, como as de coordenação motora grossa (marcha, equilíbrio, mudança de decúbito, entre outras), controle de esfíncter, independência na alimentação, necessitando ainda de ajuda em alguns aspectos relacionados ao vestuário e à higiene pessoal, tais como habilidades de coordenação motora fina como amarrar sapatos e abotoar.

O brincar passou a ser mais próximo da sua idade. Estando na fase simbólica, realizava faz de conta de forma contextualizada. Para Gesell (1997), a criança dessa idade brinca bem sozinha, apesar de preferir outras crianças para brincar com ela, gosta de desenhar, pintar, recortar e colar, apresenta interesse por terra e água, o entusiasmo pelas atividades motoras é grande e a bicicleta, a bola e os jogos esportivos são de grande procura. Como DHS apresentava alterações da coordenação motora global, seu brincar restringia-se às atividades em que sua postura lhe trouxesse segurança, como a posição sentada ou em pé com base alargada, sempre com os dois pés no chão. Quase nunca ousava brincar de corrida, mudar rapidamente de decúbito ou ficar em um pé só. Suas brincadeiras eram, na maioria das vezes, jogos de encaixe, desenho e pintura, recorte e colagem, histórias e jogo com bola na posição em pé, arremessando a bola com a mão.

Knox (2000) relata que a criança desta faixa etária apresenta a coordenação motora global bem desenvolvida, pulando com um pé só, batendo e pegando a bola, saltando, dando cambalhotas. Em suas brincadeiras, geralmente reproduz a realidade, faz produtos identificáveis, gosta de pequenas construções e consegue manter-se atenta em um objeto ou tema por mais de quinze minutos.

A socialização de DHS também melhorou, pois passou a interagir com adultos (por ser melhor compreendido em relação a suas dificuldades). Já com as crianças, apesar de apresentar-se introspectivo, passou a relacionar-se dentro do esperado, pois, segundo Gesell (1977), a criança, nesta faixa etária, apresenta-se autoritária, muitas vezes agressiva em suas brincadeiras e, com isso, não podemos esperar que ela esteja muito à vontade com as outras pessoas. Para Knox (2002), a participação da criança nesta idade é de cooperação, pois compromete-se a facilitar as atividades recreativas do grupo e a rivalidade aparece nos jogos competitivos.

Em relação às habilidades de desempenho, após aquisição de controle cervical e tronco, o paciente iniciou bipedestação com auxílio de dispositivos no estabilizador (embora tal postura já viesse sendo aceita por alguns minutos durante os atendimentos de fisioterapia), evoluindo para marcha com apoio aproximadamente em um mês. Após cinco meses, evoluiu para as condições de marcha independente sem dispositivos.

Na avaliação inicial, identificou-se que sua mão dominante era a direita, que realizava função bimanual e preensões, que manipulava objetos na linha média, que transferia de uma mão para outra e que realizava arremesso. Após a intervenção, passou a apresentar boa evolução em relação à iniciativa, passou a conseguir rasgar papel, porém não apresentava coordenação para fazer bolinhas.

Após um mês, apresentou fala espontânea, porém com aspectos importantes a serem trabalhados, tais como

ecolalia, confusão temporal e contextualização inadequada, que, gradativamente, foram evoluindo para fala fluente.

Após intensiva estimulação por toda equipe, funcionários e familiares, DHS apresentava dificuldade somente em reconhecer as faces das pessoas, sendo trabalhado o reconhecimento mediante outros recursos, tais como: voz, tato e discriminação de detalhes por meio da visão, não mais apresentando problemas em reconhecer cores (anteriormente apresentava dificuldade para reconhecer a cor laranja e perceber algumas nuances). Foi capaz de reconhecer objetos, principalmente os que faziam parte de sua rotina, tornou-se capaz de organizar melhor sua rotina com relação a noções temporais e espaciais, de discriminar e nomear partes do corpo. Com isso, profissionais da pedagogia encaminharam-no para inclusão na escola regular.

### Considerações finais

Com este estudo de caso, pode-se concluir que a atuação da terapia ocupacional foi eficaz do ponto de vista da habilitação uma vez que a criança apresentou resultados muito satisfatórios, visando-se às áreas de desempenho e seus componentes.

Não se pode deixar de lado a capacidade neuroplástica (EKMANN, 2000) apresentada por DHS, porém, muito provavelmente, a união de olhares e percepções que modularam os objetivos de uma equipe concisa e atenta, somada a intenso programa de estimulação por parte de terapeutas, familiares e pessoas ligadas ao paciente, potencializou seu tratamento, que, associado a fatores intrínsecos ao próprio paciente e também ao ambiente, acelerou seu processo de reabilitação.

---

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AOTA. Occupational therapy practice framework: domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*. v. 56, n. 6, p. 609 – 639. 2002.
- BOHLHALTER, S.; FRETZ, C.; WEDER, B. *Hierarchical versus parallel processing in tactile object recognition: a behavioural – neuroanatomical study of a perceptive tactile agnosia*. *Brain*, v. 125, p. 2537-5248, 2002.
- EKMAN, L.L., *Neurociência: fundamentos para reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 45-52.
- FARAH, M. Review of Martha Farah: Visual Agnosia. *Philosophical Psychology*, v. 7, n. 1, p. 126-129, 1994, disponível em: <<http://www.ucc.uconn.edu/~wwwphil/freview.html>>, acesso em 14/09/03.
- GESELL A., *A criança dos 5 aos 10 anos*. 5 ed. São Paulo: Publicações Dom Quixote, 1977.
- GOUVEIA, PAULA A. R., BRUCKI, SONIA M. D., BOLOGNANI, SÍLVIA A. PRADO *et al.* O uso de procedimentos de estruturação de rotina em indivíduos com anóxia cerebral: relato de caso. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, jun., v. 58, n. 2B, p.560-565, 2000.
- MARANHAO, Március Vinícius M. Anestesia e paralisia cerebral. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, nov./dez., v.55, n.6, p.680-702, 2005.
- NEISTADT, M. E. Introdução à avaliação e entrevista. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 137 – 152.
- PARHAM, L. et al. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos, 2000.

SANVITO, W. L., *Propedêutica Neurológica Básica*. 5 ed. São Paulo: Atheneu, p. 109-110, 1996.

SCHWARTZMAN, J. S. Paralisia cerebral. *Arquivos brasileiros de Paralisia Cerebral*. V. 1, n. 1, p. 4 - 17. 2004.

TACSI, Y. R. C.; VENDRUSCOLO, D. M. S.. Nursing assistance in pediatric emergency services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, May/June, v.12, n.3, p.477-484. 2004.