

EDUCAÇÃO DIFERENTE

Revista de Educação, Sociedade e Deficiência



Ficha Técnica

EDUCAÇÃO DIFERENTE

Revista de Educação, Sociedade e Deficiência

Edição Especial 2

Director:

António Pedro Santos

Colaboradores:

Ana Cristina Almeida

António Pedro Santos

Áurea Canas Coelho

Cláudia Carvalho

Daniel Rodríguez Boggia

Lara Biral

Laura Moura

Lêda Spelta

Marco Rodrigues

Maria Piedade Monteiro

Marina Arruda

Raul Cândido

Renata Souza Zamo

René Schubert

Agradecimentos:

Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger

Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais

Espacio Logopedico

Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência

Ordem dos Farmacêuticos

Design Gráfico:

Ana Cristina Almeida

Foto de Capa:

Marina Arruda

Maió 2020

Portugal

Sumário:

Página 3 - Marina Arruda - Apresentação

Página 4 - Editorial

Página 5 - Invólucro - Apresentação

Página 6 - Informação - COVID 19 - Áurea Canas Coelho

Página 8 - Entrevista com Marco Rodrigues - Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais

Página 13 - Artigo - António Pedro Santos: Prescrição de Exercício Físico - Importância e Realidade

Página 20 - Informação - Síndrome de Angelman

Página 22 - Artigo - Lara Biral: Como Proteger as Crianças Contra o Cyberbullying

Página 24 - Artigo - Áurea Canas Coelho: A Viagem do Senhor Down pelo Mundo da Hipoterapia: Estudo Experimental com Crianças com Síndrome de Down

Página 34 - Artigo - René Schubert: Violência Contemporânea: Reflexões Sobre a Banalização dos Dias Atuais

Página 41 - Personalidade - Miguel Bombarda

Página 42 - Artigo - Daniel Rodríguez Boggia: Abordaje Logopédico en la Infancia

Página 47 - Entrevista com Maria da Piedade Líbano Monteiro - Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger

Página 53 - Crónica - Cláudia Carvalho: Um Testemunho Real (Justino e um Sonho Chamado Titá)

Página 57 - Artigo - Renata de Souza Zamo: Equoterapia e Psicologia Comunitária: A Possibilidade de Integração Social em um Centro de Equoterapia

Página 62 - Artigo - Lêda Spelta: Acessibilidade web: 7 Mitos e Um Equívoco

Página 67 - Projecto - Ordem dos Farmacêuticos: Geração Saudável

Página 68 - Informação - Síndrome de Apert

Página 71 - Artigo - René Schubert: Orientação Sexual: Experiência com um Grupo de Crianças Especiais Internamente a uma Instituição Reabilitativa

Página 78 - Informação - Mantendo a Distância para Permanecer Seguro - Áurea Canas Coelho

Página 83 - Artigo - António Pedro Santos: A Hipoterapia na Escola e Algumas Proposições de Circunstância

Página 89 - Artigo - Lara Biral: Saiba por que Limitar a Quantidade de Tempo que as Crianças Mexem no Celular

Página 90 - Informação - Fenilcetonúria

Página 92 - Informação - Andebol em Cadeira de Rodas

Página 96 - Informação - Cuide de Si, Cuide de Portugal - COVID19



Marina Arruda

Marina Arruda é uma das melhores fotógrafas da nova geração brasileira. Encontrou nos dispositivos fotográficos um meio de pesquisa e de expressão da experiência humana e SEUS instantes, Assim como de SEUS rastros pelo mundo.

Formou-se como fotógrafa profissional pela Escola Panamericana de Arte e formou-se como Designer na Faculdade SENAC. cursou fotografando pessoas no Centro Internacional de Fotografia, em Nova Iorque. Fez também fotografia de moda, na Faculdade Santa Marcelina, com Melissa Szymanski, e edição de vídeo na Academia Internacional de Cinema.

Foi assistente dos fotógrafos André Andrade e Manolo Moran. Participou na equipa de educação da Fundação Bienal. Foi monitora do curso Ponto Convergente no Centro de Estudos da Imagem, no Estúdio Madalena e nos workshops no Paraty em Foco. Foi coordenadora da equipa de fotógrafos na divisão de artes do Instituto Olga Kos de Inclusão Cultural. Actualmente actua na área de comunicação da Conexão Equestre. Paralelamente realiza pesquisas e ensaios científicos em fotografia e vídeo.

Ao longo desta revista, os leitores terão a oportunidade de visualizar o ensaio - INVÓLUCRO - trabalho acerca da deficiência e inclusão, da autoria de Marina Arruda.

EDITORIAL

Contextos Inclusivos

O individuo... Na sua individualidade plena... Dotado de bases inumeráveis... Constrói desenfreadamente possibilidades... Não mais que marcas altruístas de interesse... Por vezes duvidoso e questionável... Ainda assim... Modifica e transforma os espaços... Devidamente belos e místicos... Mas pouco funcionais... Pensa... Estrutura... Pondera e concebe... Todavia... Esquece que estes talvez devam ser um pouco mais abertos... Compreensíveis e alcançáveis por todos...

Se nos debruçarmos intimamente no conceito de educação inclusiva, podemos verificar que este tem como missão acautelar o direito de todos à escola e conseqüentemente à educação. Mas não só. Devemos encará-lo como uma concepção superior. Uma ideia de intervenção, revolucionadora e transformadora da sociedade, devidamente ampla e igualitária para todos os cidadãos. Algo que não se cinja somente à escola e que se estenda para lá dos seus limites espaciais.

Para que esta modificação se efective, é indispensável a aceitação de cada individuo com as suas especificidades, tendo em conta as suas necessidades, limitações mas sobretudo, as suas potencialidades. É imperativo que se reorganizem políticas, ideias e práticas, para que se criem condições no sentido de dar resposta a todos sem excepção. Ninguém deve, ou melhor, deveria ficar para trás.

Esta noção de inclusão, desempenha um importante papel nos domínios educativo e social. Isto porque, reforma claramente o entendimento face às pessoas com deficiência e às suas indispensabilidades. Ainda assim, tudo isto obriga a uma profunda transformação, ou seja, só teremos de facto uma sociedade inclusiva, se todos os locais forem realmente inclusivos - reduzindo as barreiras à actividade e à participação e potenciando os ambientes próximos, tornando-os mais agradáveis e devidamente acessíveis.

Para a construção de espaços inclusivos... É fundamental o conhecimento do espaço que nos rodeia... Das suas características e dos seus frequentadores... É urgente

auscultar as necessidades dos locais... Ao nível do alcance e até das restrições... Quem projecta... Idealiza e imagina... Deve formar-se constantemente... Estar atento à sociedade... À sua conjuntura e às mudanças constantes... E note-se... São sempre muitas...

Com o aparecimento da educação inclusiva, como conceito aglutinador de participação social, são necessárias e fundamentais, modificações no que se refere aos contextos da própria sociedade. Nomeadamente na escola, uma vez que é lá que se formam os novos cidadãos - importantes e elementares para uma integração mais concertada e verdadeiramente eficaz.

Não devemos centrar-nos apenas no habitual, isto é, na redução de barreiras arquitectónicas, ou até nos pressupostos básicos de ligação entre todos... Os direitos, deveres, a comunicação, enfim... A sociedade não deve ter ajustes modestos para pessoas com deficiência ou outro tipo de diferença. Não devem haver acomodações e/ou adaptações que facilitem o acesso às coisas. Falo e defendo uma mudança conceptual de fundo.

A construção de espaços inclusivos deve ser estruturada e idealizada tendo em conta as características e necessidades de todos sem excepção. Como tal, estes espaços devem nascer de forma a que todos os cidadãos não se sintam discriminados, mas sim, verdadeiramente incluídos.

Esta transformação social, não se faz moldando, nem sequer criando espaços próprios, quero dizer, especiais, devidamente adaptados, legislados e assinalados - devemos criar de raiz, desde a projecção até ao nascimento, sítios de todos e para todos, sem barreiras e verdadeiramente acessíveis.

A inclusão aplica-se a tudo... É um conceito maior e bem mais elevado... um arquétipo paradigmático... Que deve ser acomodado a todo e qualquer espaço... Efectivo ou figurativo... Aplicável no dia a dia dos cidadãos... No trabalho... Lazer e educação... Na arquitectura... Em tudo!... Todavia... Talvez seja ao nível do entendimento... Da percepção e da atitude... Que encontremos o maior desafio... Uma mudança pessoal... De nós mesmos e dos outros...

António Pedro Santos



Invólucro

Uma apresentação é insubordina como intenções das estéticas aplicadas e o que mostra os olhos dianteiros é o que se torna por trabalho e o que é por ação ou uso. O revestimento, a segunda pele e as significações sobre a mesma, emergem como arena de conflitos existentes, que em conjunto com a própria pele e como possibilidades de transformação do corpo como dispositivos protetivos capazes de relatar ou identificar uma pessoa originária, na qual nunca se deixa de gestar o mesmo.

Como imagens de Marina Arruda aumentam a qualidade da imagem, isso permite ou transita entre os limites definidos que está dentro e se apresenta por fora. Essência e aparência se confundem involutivamente tal como o fantástico e o concreto se tocam no nascimento dos sonhos. Uma fotografia como ferida, conceito de Roland Barthes, qualificar como artista é apenas um revelador limiar de habilidades capazes de colocar em xeque como presunções de objetividade. Como as feridas são cavidades que expõem ao olhar misturas acobertadas por camadas de convenções sociais, antes ainda de eventos, que nascem, morrem e renascem por forças de sua própria beleza.

Esportes para quem suporta nossos corpos se torna invólucro de nós mesmos, abrigo físico sujeito a investimentos de afetos e materiais por meio de experimentos sinestésicos parados de um universo de idéias em choque. O corpo, o olhar e a imagem, a filha do olhar, como invólucros reservados para a capacidade de cobrir, velar ou envolver algo, que pode ser ativado, desenvolvido ou rompido pela intervenção de outro. Para entrar no universo capturado por Marina Arruda, não há solicitações de conhecimentos que não sejam aqueles que remontam à biografia do próprio leitor de imagens.

Modelos: Mirella Floren, Marcos Felinto, Andreza Cavalli, Cibele Andaluz Dias, Rayane Ladim, David Santos.

Maquiadoras Mirella Floren, Sulamita Dancuart, Camila Irala.

Ajudar as crianças a lidar com o SARS-COVID-19

Um recurso para pais e cuidadores

A quantidade de danos causados por uma pandemia como a que enfrentamos reflete-se na saúde mental de crianças e adolescentes.

O isolamento que as famílias vivenciam em casa, a separação física da escola, família alargada e amigos podem criar uma grande quantidade de stresse e ansiedade para as crianças. Elas podem não entender o que está a acontecer. A reação de uma criança e os sinais de stresse podem variar dependendo da idade e de experiências anteriores.

O que pode fazer para ajudar as crianças

Dê um bom exemplo, gerindo e controlando o seu stresse, através de escolhas de estilo de vida saudáveis, realizando uma alimentação saudável, exercitando-se regularmente, mantendo os padrões de sono normais e evitando o consumo de drogas e álcool. Quando se está preparado e tranquilo, existe maior capacidade de resposta e tomada de decisões aos eventos inesperados.



Sugerimos algumas ideias que podem ajudar a reduzir o stresse antes, durante e após a pandemia

Antes

- Garanta aos seus filhos que está preparado para os manter seguros.
- Reveja os planos de segurança disponibilizados e transmita os mesmos. Ter um plano aumentará às crianças confiança e ajuda atribuindo-lhes uma sensação de controlo.

Durante

- Mantenha a calma e tranquilize os seus filhos.
- Converse com os seus filhos sobre o que está a acontecer de forma a que eles possam entender. Mantenha a informação transmitida de forma simples e apropriada para a idade de cada criança.

Depois

- Dê aos seus filhos a oportunidade de falar sobre o que eles passaram. Incentive a partilha de preocupações e faça perguntas.
- Porque pais, professores e outros adultos vêem crianças em diferentes situações, é importante que trabalhem juntos partilhando informação sobre como cada criança está a lidar com a situação.
- Ajude os seus filhos a ter um senso de estrutura para retomar as suas atividades regulares como a abertura das escolas, atividades desportivas, entre outras.

Reações Comuns

As possíveis reações à angústia vivenciada no período de isolamento, na maioria das crianças, desaparecem com o tempo. Contudo falar sobre o tema, ouvir, ver uma notícia, lembrar o mesmo, pode originar comportamentos reativos face à situação. Se as crianças continuarem muito chateadas ou se as suas reações prejudicarem os seus relacionamentos ou trabalho escolar, os pais devem consultar um Profissional de Saúde.

Saiba mais sobre reações comuns de acordo com a idade:

	Crianças a partir dos 2 anos de idade Os bebés podem demonstrar maior irritabilidade, chorando mais do que o normal, podendo solicitar mais abraços e toque pela sua necessidade de sentir maior segurança.
	Dos 3 aos 6 anos de idade Podem revelar maiores descuidos tais como fazer xixi na cama, birras e dificuldade em dormir de acordo com as rotinas anteriores, ou ficar com medo de se separarem dos pais/responsáveis.
	Dos 7 aos 10 anos de idade As crianças mais velhas podem sentir-se tristes, ou com medo que algo aconteça a si e aos seus. As informações que possa receber, através de contatos telefónicos, televisão entre outros devem ser conversados e compreendidos por esta.
	Pré Adolescentes e Adolescentes Alguns pré adolescentes e adolescentes respondem de forma muito diversificada, podendo mostrar maior instabilidade e níveis ansiogénicos mais elevados pela dificuldade de aceitação da condição de isolamento. A pouca eficácia na autorregulação das emoções pode originar conflitos com irmãos, pais e cuidadores.
	Crianças com Necessidades Especiais Crianças com limitações físicas, emocionais ou intelectuais podem ter reações que exigem dos seus cuidadores palavras extra de segurança, mais explicações sobre o evento, mais conforto e maior contacto físico como abraçar.

Precisa de mais informações? aureacanas@gmail.com

ENTREVISTA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Com Marco Rodrigues

Secretario da Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais



A Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais (APTO) representa os terapeutas ocupacionais ao nível nacional, junto de associações congéneres, entidades, instituições, escolas, utentes e público em geral, e ao nível internacional através do Conselho Europeu de Terapeutas Ocupacionais - COTEC - e da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais - WFOT.

<https://www.ap-to.pt/>

EDUCAÇÃO DIFERENTE - O que é a Terapia Ocupacional?

APTO - A Terapia Ocupacional é uma ciência da área da saúde, que estuda e analisa o ambiente, a ocupação e a pessoa de modo a resolver problemas existentes permitindo habilitar para a ocupação de forma a promover a saúde e o bem-estar. Com este objetivo atua (em parceria com pessoas e organizações) para otimizar a atividade e participação, tal como definido pela World Health Organisation's na International Classification of Functioning and Disability (2002). Neste sentido, promove a capacidade de indivíduos, grupos, organizações e da própria comunidade, de escolher, organizar e desempenhar, de forma satisfatória, ocupações que estes considerem significativas.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Qual é a relação da Terapia Ocupacional com o desenvolvimento das capacidades da criança ou utente?

APTO - A Ocupação é essencial para o desenvolvimento das capacidades do ser humano e é algo que existe desde a 1ª infância (através do brincar) até à idade adulta, nas suas atividades diárias, produtivas ou de lazer. Ao intervir com a criança ou utente o terapeuta ocupacional vai trabalhar os componentes que estão afetados sejam estes motores, percetivo/cognitivos ou sensoriais. Havendo algum tipo de disrupção neste desempenho ocupacional, por condições agudas ou crónicas, há uma interferência direta na saúde do utente, qualquer que seja a sua idade. A Terapia Ocupacional defende isso mesmo, a promoção da saúde através do envolvimento ativo e eficaz em ocupações.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - O que faz um Terapeuta Ocupacional?

APTO - Indo ao encontro da definição apresentada relativamente à Terapia Ocupacional, o terapeuta ocupacional é o profissional de saúde que promove a independência e autonomia do utente nos diferentes contextos em que este se insere. Para tal, avalia e intervém em vários domínios: desde a própria pessoa, a ocupação e o ambiente em que esta é realizada. Pode fazê-lo trabalhando e melhorando as dificuldades que a pessoa apresenta, ou adaptando o ambiente ou a ocupação, simplificando-os.



EDUCAÇÃO DIFERENTE - Quais são as áreas de intervenção da Terapia Ocupacional?

APTO - Os terapeutas ocupacionais podem atuar em diversas áreas de intervenção com pessoas de todas as idades. Pode intervir em situações pediátricas, ortopédicas, reumatológicas, traumatológicas, cirúrgicas, neurológicas, de saúde comunitária, de entre outras. Em todas estas áreas, como já vimos referindo, o objetivo prende-se sempre com a promoção da funcionalidade, autonomia e independência de modo a melhorar a Qualidade de Vida, Bem-estar e Participação.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Qual é o papel do Terapeuta Ocupacional como elemento de uma equipa multidisciplinar que trabalha em articulação com professores, família e outros técnicos?

APTO - O papel do terapeuta ocupacional pode ser muito vasto enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar. Com qualquer que seja o elemento da equipa, o principal é sempre estabelecer objetivos que vão ao encontro das necessidades da pessoa, tentando dar enfoque na independência e na autonomia de modo complementar. A partilha, a interajuda e a complementaridade são essenciais no trabalho em equipa. Enquanto Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, muitas vezes, através da avaliação que fazemos dos utentes, conseguimos ajudar outros profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, na identificação do diagnóstico ou esclarecimento de dúvidas. Ao vermos a pessoa como um todo, a observação que fazemos e a forma como intervimos pode ajudar a controlar comportamentos dos utentes e dar estratégias de relação para que, por exemplo, a família ou mesmo os professores consigam lidar melhor com as condicionantes da pessoa.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Há quantos anos existe a Associação? Quantos sócios tem?

APTO - A Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais existe desde 1960, tendo contudo sido legalizada em 1975, após o 25 de abril, como todas as associações profissionais. Neste momento conta já com mais de 500 sócios. Este número tem vindo a aumentar nos últimos anos, mas fica ainda aquém do número total de terapeutas ocupacionais a exercer em Portugal.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Qual ou quais são os principais papéis da Associação?

APTO - Numa altura em que os desafios na área da saúde são crescentes, os principais papéis da Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais são representar os Terapeutas Ocupacionais ao nível nacional, junto do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação e do Ministério do Trabalho e Segurança Social, de associações congéneres, entidades, instituições, escolas, utentes e público em geral, e ao nível internacional através do Conselho Europeu de Terapeutas Ocupacionais - COTEC - e da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais - WFOT. Além disto, pretendemos incentivar e promover a formação contínua dos terapeutas ocupacionais, através de formações específicas, jornadas e congressos.



EDUCAÇÃO DIFERENTE - Como vê actualmente a Terapia Ocupacional em Portugal? Quais são as maiores dificuldades?

APTO - A Terapia Ocupacional está em franco desenvolvimento em Portugal. Os desafios são muitos e em vários sectores, passando desde a necessidade de melhor regulamentação da profissão, com a criação de uma Ordem Profissional, ao reconhecimento da mesma com a integração efetiva, e a todos os níveis, destes profissionais, na Carreira de Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica.



EDUCAÇÃO DIFERENTE - Qual é a importância da formação contínua ou ao longo da vida, no desenvolvimento do profissional?

APTO - A atualização teórica e prática dos profissionais de saúde é essencial, sendo que os Terapeutas Ocupacionais não são exceção. Só assim é possível dar uma resposta adequada às necessidades de cada utente, de acordo com a evolução constante dos paradigmas dos cuidados de saúde, das tecnologias e da inovação na saúde em geral e em particular na Terapia Ocupacional.



Prescrição de Exercício Físico - Importância e Realidade

Benefícios da actividade física

A actividade física regular está associada a imensos benefícios ao nível da saúde física e mental: "Ao longo dos últimos anos, a prática regular de exercício físico tem sido reconhecida como uma alternativa não medicamentosa ao tratamento e prevenção de doenças crónico-degenerativas, promovendo a saúde e a sensação de bem-estar (Warburton, Nicol & Bredin, 2006)" - com benefícios evidentes nos domínios físico e cognitivo.

O exercício físico é de extrema importância para a redução da tensão arterial, para o controle do peso e no combate à obesidade. Contribui para a diminuição da diabetes, na protecção contra a osteoporose e enfraquecimento dos ossos, na redução da doença coronária/cardiovascular, entre outros...

A prática do exercício físico colabora ainda, para uma melhoria efectiva da saúde mental, no que concerne à capacidade de resistir às exigências da rotina diária, nivelamento dos níveis de ansiedade, combate às depressões, construção da identidade pessoal, etc... "Estudos realizados (...) apontam para a existência de efeitos positivos da prática regular de exercício físico ao nível da saúde mental, em diferentes indicadores tais como os estados de humor, a depressão, a ansiedade, o stress e a auto-estima (Biddle, Fox, & Boutcher, 2000)".

Os efeitos indirectos do exercício físico na saúde mental traduzem-se na melhoria da qualidade de vida e bem estar do indivíduo, assim como o desenvolvimento de um estilo de vida saudável preventivo de doenças. Por outro lado, os efeitos directos do exercício físico na saúde mental são: a prevenção/tratamento de desordens mentais; a melhoria do bem estar psicológico (estados de humor e autopercepções); do funcionamento mental (gestão do stress, sono e cognição) e do bem estar social (autonomia, interacção e cidadania).

A prática de actividade física também desempenha um importante papel na prevenção de doenças mentais, como por exemplo na depressão clínica (note-se que os efeitos do exercício físico são tão positivos como a psicoterapia), nas desordens mentais (no combate aos acessos de pânico, ansiedade e esquizofrenia), nas desordens obsessivo-compulsivas (diminuindo sintomas e promovendo alívio emocional), enfim... nas fobias, na esquizofrenia e psicoses. Para além disto, a literatura da especialidade sugere que os exercícios, nomeadamente os aeróbios, contribuem para a preservação da memória, melhoram a qualidade do sono, o humor, diminuem os níveis de stress, combatem as doenças ligadas ao envelhecimento e ajudam a controlar os sintomas de depressão e de ansiedade.

A realização de exercícios físicos de forma estruturada e continuada, fortalece o sistema imunitário, diminui a dor crónica e melhora significativamente a atenção e a concentração. Isto ocorre devido ao aumento de endorfinas (substância química que provoca uma sensação de prazer, euforia e bem estar) no sistema nervoso.

Esta sensação de bem estar provocada pela prática de exercício reflecte-se directamente na autoestima, ao nível social, profissional, espiritual e físico - conferindo percepções específicas da situação contextual do indivíduo.

O exercício físico também promove benefícios sociais, combatendo o isolamento e proporcionando integração plena do indivíduo.



Prescrição de Exercício Físico

Podemos definir a prescrição do exercício como, todo o processo através do qual o estabelecimento de recomendações para um regime de actividade física é concebido de forma sistemática e individualizada (American College of Sports Medicine, 1995).

Os princípios da prescrição do exercício baseiam-se nas evidências científicas da fisiologia, psicologia, assim como no conhecimento que se tem dos benefícios para a saúde pela prática de actividade física.

A correcta prescrição do exercício é caracterizada por um processo de preparação metódica do organismo - de onde resultam modificações morfológicas/funcionais, que definem o estado de condição física do indivíduo.

Como principais propósitos de intervenção no combate ao sedentarismo, desenvolvimento da actividade física e conseqüente melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas, torna-se imperioso o desenvolvimento de estratégias que assentem em políticas ao nível da saúde e da cidadania. No sentido de melhorar o acesso à prática de actividade física, no desenvolvimento e promoção de hábitos de vida saudáveis, na formação de profissionais qualificados e no acesso aos cuidados de saúde. Isto é: "Incentivar o desenvolvimento e implementação de estratégias que sejam centradas na redução do sedentarismo e das barreiras à prática de actividade física e promover compromissos intersectoriais e intervenções multidisciplinares (Estratégia Nacional Para a Promoção da Actividade Física, da Saúde e do Bem-Estar, 2016)".

Os princípios gerais da prescrição do exercício são considerados como referência para indivíduos adultos saudáveis, contudo, existem outras populações com problemas de saúde (idosos, deficientes, grávidas, ou atletas com outro tipo de objetivos) que necessitam de uma prescrição individualizada/adequada às características, necessidades, capacidades e limitações.

O Plano Nacional de Saúde, aponta como metas 2020: a redução da mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%; o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%; a redução da prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental ; o controle da incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

De uma forma geral procura-se a promoção da saúde através da prevenção dos factores de risco de doenças de causa hipocinética (resultantes de hábitos inapropriados como o sedentarismo, alimentação deficiente, falta de exercício físico regular, etc...), da melhoria da condição física e de uma acção pedagógica que informe acerca dos benefícios da actividade física e da forma correcta/segura de realizar exercício.

Existem elementos básicos comuns a todas as prescrições do exercício: o modo, a intensidade, o volume e a frequência do treino.

As componentes da condição física relacionadas com a saúde incluem: a componente cardiovascular (trabalhada no exercício aeróbio); força e resistência muscular; flexibilidade e composição corporal.

Para prescrever exercício físico, é de extrema importância conhecer o estado de saúde do indivíduo.

Os componentes essenciais de uma prescrição sistemática/individualizada incluem: actividades apropriadas, intensidade, duração, frequência e progressão da actividade física - estes são aplicados para pessoas de todas as idades e capacidades funcionais, independentemente da existência/ausência de factores de risco.

Assim sendo, uma sessão de treino deve contemplar:

Aquecimento - 5 a 10 minutos de actividade cardiovascular e endurance muscular (executados a intensidades baixas a moderadas);

Flexibilidade - cerca de 10 minutos de exercícios de alongamento (realizados depois do aquecimento ou retorno à calma);

Condicionamento físico - 20 a 50 minutos de actividade aeróbia, actividade de resistência, actividade neuromuscular e actividade desportiva (exercício relacionado com o desporto praticado);

Retorno à calma - 5 a 10 minutos de exercício cardiovascular/actividade de endurance (de baixa intensidade a moderada).

A quantidade/volume de exercício está dependente da frequência, intensidade e duração do exercício

realizado - um incremento do dispêndio energético melhora seguramente a condição física.

A frequência com que o exercício é realizado desempenha um papel importante, isto é, exercícios de intensidade moderada realizados no mínimo 5 dias por semana, ou exercícios aeróbios de intensidade vigorosa realizados 3 dias por semana, ou ainda uma combinação semanal de 3 a 5 dias de exercício de intensidade moderada a vigorosa são as formas recomendadas para que a maioria dos adultos alcancem/mantenhams os benefícios da prática do exercício.

Para além disto, existe uma relação directa entre o aumento da intensidade do exercício e os benefícios para a saúde e para a condição física - a prescrição da intensidade recomendada para a maioria dos adultos pode ser uma combinação da intensidade moderada com a intensidade vigorosa.

No que se refere à duração, recomenda-se para a maioria dos adultos:

Exercício de intensidade moderada - no mínimo 30 minutos durante 5 dias da semana (até um total de 150 minutos);

Exercícios aeróbios de intensidade vigorosa - no mínimo de 20 a 25 minutos durante 3 dias por semana (até um total de 75 minutos).

A composição corporal é encarada como um elemento da aptidão física relacionado com a saúde - devido às correlações existentes entre a quantidade/distribuição da gordura corporal com modificações no nível de aptidão física/estado de saúde.



Algumas técnicas/exames para determinar a composição corporal:

Pesagem hidrostática: esta técnica baseia-se no princípio de Arquimedes (quando um corpo está imerso em água, existe uma força contrária igual ao peso da água deslocada): Os tecidos ósseos e musculares são mais densos que a água (mais pesados), por outro lado, o tecido adiposo é menos denso (mais leve). Assim sendo, uma pessoa com mais massa corporal livre de gordura para a mesma massa corporal total pesa mais na água, ou seja, esta pessoa tem uma densidade corporal maior e uma percentagem de gordura corporal menor.

Pletismografia: é realizada num pletismógrafo (cabine totalmente fechada e com um volume conhecido

onde o paciente é colocado). Durante o exame, o paciente respira através de um bocal e vai realizando diversas manobras respiratórias (com diferentes intensidades de esforço) - estas provocam transformações ao nível da pressão na própria cabine. Estas modificações facilitam o cálculo das variações dos volumes pulmonares - fundamentais para calcular os diferentes parâmetros em análise.

Bioimpedância: consiste num exame que avalia com alta precisão/rapidez a composição corporal. Através de uma corrente eléctrica imperceptível, é possível avaliar: massa gorda (% de gordura e gordura corporal em Kg); massa magra (músculos, ossos e órgãos); água corporal total (litros e % de água na massa magra).

Métodos antropométricos: índice de massa corporal (utiliza-se a massa corporal em Kg dividida pela estatura em metros elevada ao quadrado); circunferência da cintura (coloca-se a fita métrica em torno do abdómen, paralelamente ao solo, na zona mais estreita da cintura); relação cintura/anca (calcula-se dividindo o valor do perímetro da cintura pelo valor do perímetro da anca); equações de determinação da densidade corporal através da medição de pregas adiposas e determinação do peso ideal.

Considerações Finais

Lamentavelmente, nos nossos dias, ainda existem numerosos constrangimentos relativamente ao aconselhamento da prática de actividade física por parte dos profissionais de saúde. De salientar a falta de formação destes, acrescentando, por vezes, a inexistência de hábitos de prática desportiva (dos mesmos). Todavia, hoje em dia, a sociedade encontra-se em mudança progressiva, no que se refere por exemplo à criação de hábitos de vida saudável, ou a simples cultura do desporto - pressupostos visíveis em todas as idades, estratos e em qualquer lugar do país.

É para isso, fundamental a articulação entre profissionais da saúde e do desporto, é imperiosa e urgente uma mudança de mentalidades no sentido de um incremento global da qualidade de vida do individuo. Assim sendo, é indispensável o estabelecimento de protocolos que consigam reconhecer, reunir e harmonizar os diferentes componentes inerentes a uma prescrição - valorizando a segurança e a optimização dos elementos de desempenho do próprio ser humano.

A prescrição do exercício físico deverá iniciar com a avaliação e identificação de todas as variáveis intrínsecas, para posteriormente as organizar e metodizar - tendo sempre em atenção os factores ambientais e a individualidade de cada um. Esta avaliação inicial surge no sentido de se poder prescrever o melhor tipo de exercício físico para reduzir os riscos e melhorar os benefícios. Ou seja, é necessário algo mais do que dizer ou escrever: "Deverá fazer exercício!"... Tal como nas diversas soluções terapêuticas, deverão discriminar-se todos os aspectos inerentes, ou seja, o modo, a intensidade, o volume e a frequência do mesmo - só assim se enaltecera a importância da prescrição e a individualidade de cada um.

Desta forma, e tendo em conta estes pressupostos, estaremos mais perto de uma saúde plena, de uma

melhor qualidade de vida e de uma maior eficiência ao nível fisiológico. O trabalho de cooperação e de parceria são indispensáveis e deverão ser centrados na pessoa como figura única e particular.

A introdução do exercício físico na prescrição médica apresenta-se como uma das maiores possibilidades para reduzir o sedentarismo na sociedade, isto é, aperfeiçoar a capacidade de prescrição de exercício por profissionais de saúde é uma forma eficaz de elevar o estado da actividade física na população em geral.

Os centros de saúde e os seus profissionais, por estarem próximos da população, poderão desempenhar um papel de extrema importância no sentido de propiciar uma ampla mudança ao nível dos comportamentos. É para isso necessário, imperioso e urgente a criação e o desenvolvimento de medidas para que a prescrição de exercício seja uma realidade credível. É importante estreitar pontes e laços entre estes profissionais e os de educação física, é essencial implementar, avaliar e melhorar todo o processo. A formação de todos os profissionais é indispensável.

A prescrição de exercício físico deve ser encarada como um procedimento em que se recomenda um programa de exercícios de forma sistemática e individualizada, segundo as necessidades e preferências de cada pessoa, com a finalidade de obter os maiores benefícios com os menores riscos.

Bibliografia:

Health Benefits of Physical Activity: The Evidence, Warburton; Nicol & Bredin; 2006.

Physical Activity and Psychological Well-Being; Biddle, Fox, & Boutcher; 2000.

ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription; W. Larry Kenney, Reed H. Humphrey, Cedric X. Bryant, Donald A. Mahler; ACSM - American College of Sports Medicine; 1995.

Estratégia Nacional para a Promoção da Actividade Física, da Saúde e do Bem-Estar; Ministério da Saúde; Direcção-geral da Saúde (DGS); 2016.

Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030: More Active People for a Healthier World; World Health Organization; 2018.

Global Recommendations on Physical Activity for Health; World Health Organization; 2010.

Plano Nacional de Saúde; Direcção Geral da Saúde; 2015.

António Pedro Santos



Síndrome de Angelman



A causa deste Síndrome é na maior parte dos casos, a ausência ou imperfeição do cromossoma 15 (região q 11-13) herdado da mãe. Caracteriza-se, entre outros, pelo atraso severo no desenvolvimento, dificuldades na fala, distúrbios no sono, convulsões, movimentos desconexos e sorriso frequente.

Introdução

A Síndrome de Angelman é um distúrbio neurológico que causa atraso mental, alterações no comportamento e algumas características físicas distintas. Foi descrita pela primeira vez em 1965, quando um neurologista britânico, Dr. Harry Angelman, descreveu 3 crianças com este quadro.

Estima-se que uma em cada quinze ou vinte mil crianças são afectadas por esta doença.

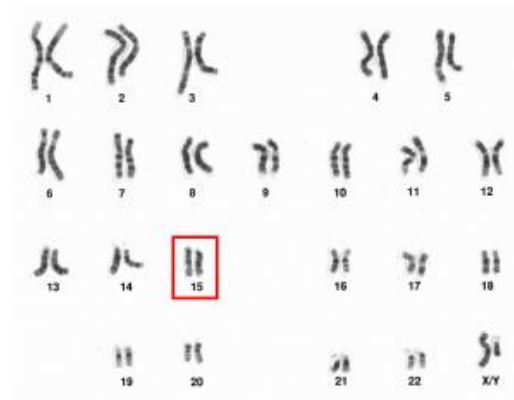
Causas

A causa desta síndrome é a ausência ou disfunção de um gene, designado por UBE3A. Na maioria dos casos, a síndrome não é herdada a partir dos pais e a anomalia genética que o provoca ocorre por mero acaso. Contudo, existem famílias com mais de um elemento afectado, o que sugere que esta anomalia pode ser transmitida. Em cerca de 10-15% dos casos, a sua causa não é conhecida, podendo resultar de anomalias de outros genes ou cromossomas.

Diagnóstico

O diagnóstico é definido pela genética e pelo exame médico e neurológico, baseando-se nos elementos clínicos descritos. Contudo, esta síndrome pode ser confundida com outras perturbações, como o autismo infantil ou a paralisia cerebral.

O eletroencefalograma, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem fornecer alguns elementos adicionais, mas os estudos genéticos são os mais importantes, permitindo em cerca de 80% dos casos confirmar a existência de deficiência num dos cromossomas 15. Nos restantes 20% dos casos, o diagnóstico é baseado apenas em dados clínicos e de outros exames complementares, não sendo o estudo genético conclusivo.



Um diagnóstico correcto e precoce da Síndrome de Angelman permite antecipar a ocorrência de alguns dos problemas característicos desta doença, como os distúrbios do sono e as crises convulsivas, possibilitando um melhor controlo. Este diagnóstico possibilita ainda a definição das medidas de reabilitação (fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional) mais adequadas a cada caso. Outra vantagem deste diagnóstico é fornecer uma orientação aos pais no que se refere ao risco de repetição desta síndrome na família. Na maior parte das famílias esse risco é muito pequeno, mas somente o estudo genético poderá oferecer uma resposta mais rigorosa.

Características

Atraso de desenvolvimento geralmente grave, alteração da linguagem, emissão de fonemas elementares e raramente articula palavras; comunicação receptiva e comunicação não-verbal maior do que verbal, distúrbios do movimento, usualmente ataxia à marcha e/ou tremores nos membros; sorrisos frequentes; comportamento alegre; facilmente excitável; borboleteamento (movimento dos braços como em bater de asas); hiperatividade e déficit de atenção.



Para além disto, podem apresentar: atraso no aumento do perímetro cefálico, resultando em microcefalia (absoluta ou relativa); crises epiléticas; EEG anormal com padrões sugestivos; achatamento occipital; depressão occipital; distúrbios de sucção e de deglutição; problemas alimentares; boca ampla com dentes separados; estrabismo; hipopigmentação da pele, cabelos e íris; hipersensibilidade ao calor; distúrbios do sono; atracção/fascínio pela água; entre outros..

Intervenção

Sialorreia (saliva sai para fora da boca): após os 10 anos de idade, se não houver remissão espontânea, pode-se realizar um procedimento cirúrgico.
Estrabismo: a correcção do estrabismo inclui a avaliação oftalmológica e a correcção de possíveis défices visuais.

Albinismo e hipopigmentação: a hipersensibilidade ao sol torna importante a utilização de protectores solares.

Escoliose: afecta principalmente os adolescentes e adultos, com indicação cirúrgica.

Comportamento: a orientação e a adequação dos pais pode resultar numa melhoria efectiva do desenvolvimento da criança (educação especial e psicologia).

Linguagem: existem técnicas especiais de motivação para o desenvolvimento da linguagem não-verbal (linguagem através de figuras ou gestos) nos pacientes menos afectados (educação especial e terapia da fala).

Sono: através do uso de sedativos.

Contraturas: a fisioterapia deve ser encorajada para ajudar na mobilidade das articulações e prevenir a hipertonia. A terapia ocupacional e hidroterapia podem ser usadas em pacientes com esta síndrome.



Tratamento das crises epiléticas: estudo realizado no Reino Unido, demonstrou que o valproato, o clonazepam e a lamotrigina (como monoterapia ou em combinação) foram as medicações mais eficazes no controlo das crises e apresentaram menos efeitos colaterais no comportamento e nível de alerta.

COMO PROTEGER AS CRIANÇAS CONTRA O CYBERBULLYING

Você não pode controlar o que seu filho faz online? Então, como protegê-lo contra os perigos online? Veja aqui como é possível proteger as crianças contra cyberbullying!



Introduzir a internet e todas as suas possibilidades na vida da criança é uma atitude comum. Porém, muitas vezes não pensamos nos perigos que podem surgir e o cyberbullying é um deles, e que pode trazer graves consequências.

As crianças vítimas de bullying nem sempre contam o que estão sofrendo aos pais, mas existem comportamentos que podem indicar que seu filho está sofrendo com esse problema: a tendência de introspecção, queda no desempenho escolar, agressividade ou tristeza.

O que muitas pessoas podem achar “normal” ou “brincadeiras típicas da idade” pode causar efeitos permanentes nas vítimas de bullying, chegando até a casos mais graves em que a criança começa a se automutilar ou pode até cometer o suicídio.

Como manter meus filhos protegidos contra o cyberbullying?

O cyberbullying é um problema que pode ser prevenido e existem muitas formas de orientar seus filhos e protegê-los desse sofrimento. Confira aqui algumas dicas para proteger as crianças contra cyberbullying!

1. Estabeleça uma relação de confiança

A primeira medida é sempre manter uma relação aberta, sem julgamentos, com muito carinho e afeto para que as crianças se sintam confortáveis a falar caso sofram com alguma coisa. Elas precisam saber que tem apoio, não importa o que aconteça.

2. Invista em aplicativos de controle parental

Com o avanço da tecnologia, podemos contar com ela inclusive para proteger as crianças contra cyberbullying. Os softwares de controle parental possuem uma gama de recursos para monitorar o uso do dispositivo de seu filho, rastrear sua localização e promover o uso consciente. O Spyzie, por exemplo, é um aplicativo que faz o monitoramento parental por iPhone. Ele ainda permite monitorar todas as conversas e ligações, atividades em redes sociais, aplicativos, histórico de navegador e de busca, além de verificar as imagens recebidas e enviadas e poder bloquear conteúdos adultos ou sensíveis. Os recursos de localização permitem verificar aonde seu filho está, em tempo real, para proteger também fora do mundo virtual. O uso consciente do aplicativo pode ser promovido com os recursos de controle de uso, que bloqueia determinados aplicativos ou o dispositivo inteiro após um período determinado.

3. Oriente seu filho sobre a internet

Oriente sempre seu filho sobre os perigos que o acesso à internet pode causar. É importante alertá-lo sobre não conversar com estranhos e para não divulgarem informações pessoais virtualmente. Oriente-o também quanto ao uso consciente do dispositivo, para que a criança não fique o tempo todo em frente às telas. Entenda que a superexposição nas redes sociais traz consequências negativas.

4. Identifique os sinais de bullying

As crianças podem demonstrar mudanças de comportamento ao serem intimidadas, como medo de ir à escola, baixa autoestima, ansiedade, dores de cabeça ou de estômago, dificuldades para dormir, alteração na alimentação e muitos outros. Fique sempre atento e converse com seu pequeno assim que notar mudanças de comportamento.

5. Conheça a rotina de seu filho fora de casa

Além dos amigos, seu filho convive com outros adultos na escola ou em outros ambientes. Conheça-os e estabeleça uma relação de confiança com eles, para que eles também ajudem na proteção contra o cyberbullying ou somente te contatem caso testemunhem algo diferente.

6. Incentive a autoconfiança de seus filhos

Incentive-os a criar amizades saudáveis e a realizarem atividades que eles gostem. Enfatizem seus talentos, pontos fortes e trabalhe suas dificuldades. Isso aumentará a autoconfiança deles, que pode ajudar na hora de lidar com algum caso de bullying.

Existem muitas maneiras eficazes de proteger as crianças contra cyberbullying. O importante é que os pais estejam sempre atentos para que episódios assim não se transformem em casos sérios.

Lara Biral



A Viagem do Senhor Down pelo Mundo da Hipoterapia: Estudo experimental com crianças com Síndrome de Down

Resumo

Considerámos importante realizar um estudo onde fosse possível avaliar os benefícios da Hipoterapia no desenvolvimento Infantil de crianças com Síndrome de Down. Para estudarmos o desenvolvimento infantil, decidimos aplicar um instrumento que nos permite avaliar áreas distintas do desenvolvimento, nomeadamente a área locomotora, o desenvolvimento pessoal/social, a área auditiva e linguagem, a coordenação olho/mão e a área relacionada com o raciocínio prático. Após duas aplicações com um período distinto de quatro meses, através desta investigação verificam-se benefícios no desenvolvimento destas crianças devido à prática de Hipoterapia.

1. Introdução

O desenvolvimento da criança com Síndrome de Down:

O termo desenvolvimento segundo Vayer e Roncin (1988), " (...) *tem um significado geral de crescimento, de progresso, de desabrochamento. Aplicado à evolução da criança, significa que quando a observamos no tempo constatamos um crescimento das estruturas somáticas, um aumento das possibilidades pessoais de agir sobre o ambiente e por conseguinte, progressos nas capacidades de compreender e se fazer compreender (...)*" (p.15).

Quando nasce uma criança com Síndrome de Down, os médicos são peremptórios em dizer que não se pode prever os seus progressos. Tudo depende... é muito comum a existência de comentários e discussões acerca da proveniência e do desenvolvimento das capacidades dos indivíduos. É inato?... É adquirido?... Quando a criança nasce com uma deficiência muito facilmente as "responsabilidades" recaem no que é genético, ou por vezes em explicações ambientais que produzem tais efeitos negativos.

Para Golebski, Oliveira e Tralli, (1990) "*O Síndrome de Down é essencialmente um atraso do desenvolvimento. Tanto do corpo como das funções mentais*" (p.17). O desenvolvimento destas crianças percorre as linhas do desenvolvimento "normal". Apesar das suas particularidades, acabam por atingir todas as etapas, sendo capazes de "*...aprender: sorrir, andar, balbuciar, correr e falar, apenas com um pouco de atraso*" (Golebski, Oliveira e Tralli, 1990, p.17)

Pimentel (1997), cita os trabalhos de Fisher (1988), que referem a existência de défices a vários níveis do desenvolvimento, ao nível da cognição, afeto, contato visual, atenção, competências linguísticas, mas o maior atraso é manifesto ao nível da comunicação.

A criança com Síndrome de Down não dispõe de um mecanismo de estruturas mentais para a adequada assimilação do mundo perceptivo daí, que qualquer aprendizagem perceptiva deve realizar-se através do maior número de vias sensitivas.

2. A prática de Hipoterapia em crianças com Síndrome de Down

" Os portadores de deficiência mental necessitam de estímulos ambientais mais fortes, para activar e actualizar os seus potenciais em desenvolvimento ". Picq (1969: in Isoni, 2002, p.86) desta forma " a Hipoterapia é um método de intervenção terapêutica global e analítico, extremamente rico, que engloba o indivíduo no seu complexo psicossomático, quer seja praticado com deficientes físicos ou mentais " (Lubersac e Lallery, 1973,p.3), pois "(...) exige a participação do corpo inteiro contribuindo para o desenvolvimento muscular, o relaxamento, a consciencialização do próprio corpo e o aperfeiçoamento da coordenação e do equilíbrio " (Miranda, 2000, p.86).

Segundo Santiago e Santos, (1997) na Hipoterapia o movimento cadenciado do cavalo educa a mente e predispõe o portador de necessidades especiais a novas atitudes, maior atenção, melhor equilíbrio e coordenação. *" (...) Através da experiência viva e vivida com o cavalo a pessoa pode criar para si vários motivos para começar, continuar, modificar, aumentar ou permanecer na sua trajetória única e intransferível da arte de viver(...)".* Opa (in Cudo, 2002, p. 92).

3. Metodologia

3.1 Formulação do Problema

Este estudo experimental, o qual foi desenhado para verificar hipóteses de causalidade, sendo um termo chave deste método o controlo, pretende verificar se:

A Hipoterapia traz benefícios ao nível do desenvolvimento infantil para as crianças com Síndrome de Down?

Desta forma a variável independente, (a Hipoterapia), foi manipulada com vista a verificar o impacto que tal manipulação teve sobre a variável dependente (o desenvolvimento infantil de crianças com síndrome de Down submetidas à Hipoterapia, e crianças com síndrome de Down não submetidas à Hipoterapia).

3.2 Amostra

A amostra é composta por 12 crianças, com idades de 5, 7 e 8 anos com Síndrome de Down, 6 delas praticam Hipoterapia duas vezes por semana com sessões de 30 minutos. Tendo sido acompanhadas pela equipa interdisciplinar do Centro, bem como da Instituição a que pertenciam. O grupo de controlo, composto por 6 crianças com o mesmo diagnóstico do grupo de estudo pertence à mesma Instituição, este grupo não é submetido à prática de Hipoterapia, tendo apenas por atividades e terapêuticas as respeitantes à própria Instituição.

Procedimento e recolha de dados

Foram marcados dias para a aplicação do instrumento de avaliação no qual se explicou aos pais qual o objetivo da presente investigação. Explicando que o primeiro momento de avaliação seria antes da prática de Hipoterapia e o segundo após 4 meses de prática da mesma, correspondendo esta periodicidade a 30 sessões. Também para as crianças do grupo de controlo existiram dois momentos na aplicação do instrumento de avaliação, para que pudessemos obter uma fiabilidade nos resultados. Após a realização das provas pelos dois grupos (experimental e de controlo), procedeu-se à cotação individual de cada escala de acordo com os procedimentos previstos no manual da Griffiths (instrumento de avaliação).

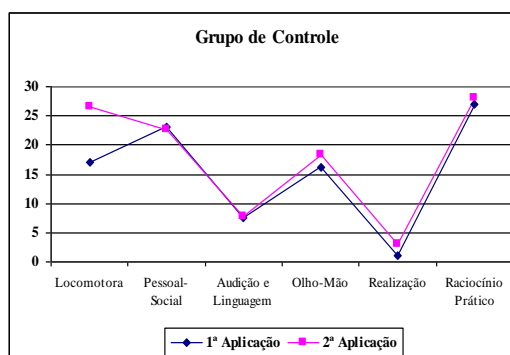
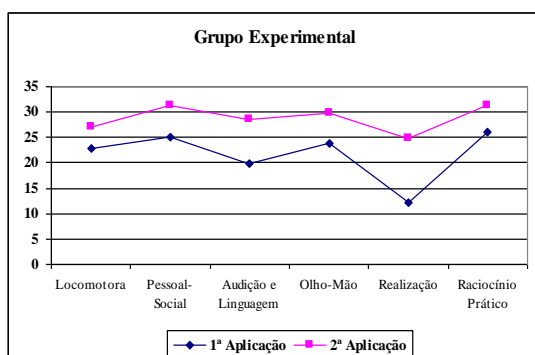
3.4 Instrumento de Avaliação: Escala de Desenvolvimento mental de Ruth Griffiths

" As escalas procuram satisfazer um interesse prático que sirva fundamentalmente para estruturar e planificar as sessões pedagógicas, na medida em que perspectivam as aquisições motoras, perceptivo-motoras e psicomotoras para graus de dificuldade, constituindo, por esse motivo, um curriculum evolutivo no domínio psicomotor do comportamento humano" (Fonseca, 1989, p.34).

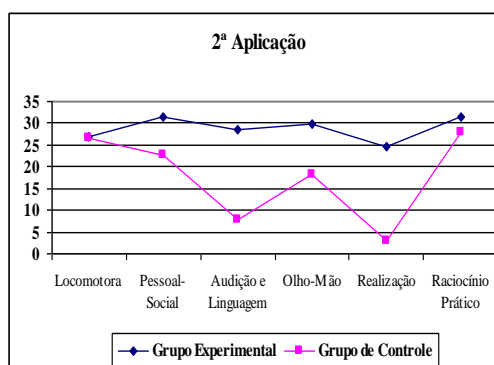
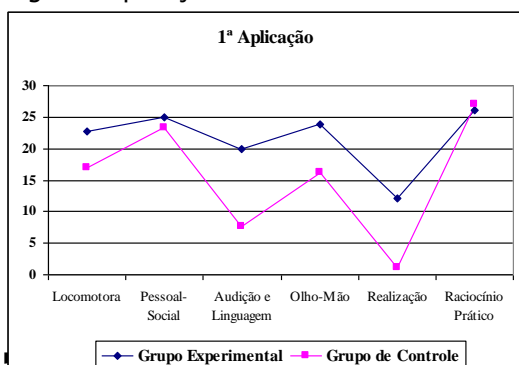
A escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths (*Griffiths development scales*), enquadra-se no grupo dos testes de desenvolvimento e representa a base de qualquer diagnóstico infantil, auxiliando a situar o desenvolvimento da criança relativamente às medidas previamente calculadas e standartizadas para as crianças com a mesma idade cronológica. Sendo a nossa amostra constituída por crianças entre os 5 e os 8 anos de idade, foi aplicada a escala de desenvolvimento da Griffiths destinada a crianças dos 2 aos 8 anos inclui 6 sub-escalas de avaliação: *Sub-escala A, Locomotora* ; *Sub-escala B, Pessoal/social* ; *Sub-escala C, Audição e Fala*; *A sub-escala D, Coordenação óculo-motora*, *Sub-escala E, Realização*; *Sub-escala F, Raciocínio prático*

4. Tratamento estatístico

O programa de estatística utilizado para efetuar o tratamento dos dados foi o SPSS 12.0. Dada a amostra ser de reduzida dimensão optou-se pelo uso de estatística não paramétrica, os testes utilizados foram: Análise Intra-Grupal - Teste Wilcoxon: Teste Não paramétrico de comparação de duas amostras dependentes. Este teste foi utilizado com o objetivo de comparar, dentro de cada grupo (experimental e de controle), os resultados apresentados na primeira e na segunda aplicação nos diferentes domínios da escala de desenvolvimento mental. Neste caso as duas amostras dependentes são as duas aplicações.



Análise Inter Grupal - Teste Mann-Whitney : Teste Não paramétrico que permite a comparação de dois grupos (2 amostras independentes). Este teste foi utilizado com o propósito de comparar grupo experimental e grupo de controle nos resultados apresentados nos diferentes domínios da escala de desenvolvimento mental na primeira e na segunda aplicação.



O tratamento de dados, obtidos através da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, demonstra a influência da Hipoterapia no desenvolvimento da criança com Síndrome de Down.

Quando analisados o Grupo de Controle e o Grupo Experimental, verificamos que na primeira aplicação da prova não existem diferenças significativas nos dois grupos. Tal facto pode ter ocorrido devido a estarem ambas a frequentarem a mesma instituição onde a estimulação e o tipo de aprendizagem que adquirem são idênticas, apesar de todas terem características muito próprias no que concerne ao desenvolvimento.

Seguidamente analisamos o Grupo Experimental e Grupo de Controle de forma a constatar as alterações que ocorreram ao nível do desenvolvimento através das duas aplicações da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, com um espaço entre as aplicações de quatro meses.

No que respeita ao grupo experimental podemos verificar que existe um desenvolvimento significativo em três áreas, nomeadamente a de realização, audição e linguagem e pessoal/social, o que nos leva a confirmar que a Hipoterapia traz benefícios para o desenvolvimento das crianças com Síndrome de Down.

No que respeita à linguagem a evolução da criança com síndrome de Down nas questões relacionadas com a integração, autonomia pessoal e social, estão dependentes, em grande medida, da aquisição e evolução da linguagem. Sabendo que estas crianças têm dificuldade em tudo o que requer uma operação mental de abstração assim como toda a operação de síntese, dificuldade na organização do pensamento, da frase, na aquisição de vocabulário e na estruturação morfosintáctica. Assim sendo a linguagem nestas crianças sofre um atraso considerável, quando comparada com outras áreas de desenvolvimento. (Zearman, (1963) ; Horse (1963); Furby (1974); Pimentel, (1997); Fisher, (1988)).

Sabemos que normalmente para comunicarem utilizam a comunicação gestual no discurso declarativo e imperativo, desta forma as dificuldades de linguagem condicionam as possibilidades de integração social e sucesso educativo. O nível expressivo de uma criança com Down é afetado frequentemente pelos seguintes factores: dificuldades respiratórias, transtornos fonatórios, (implicando alterações no timbre de voz). Bem como os transtornos auditivos nos quais os estudos indicam uma incidência de perdas auditivas que varia de ligeiras a moderadas.

Partindo do princípio que estas crianças não dispõem de um mecanismo de estruturas mentais para a adequada assimilação do mundo percetivo, qualquer aprendizagem percetiva deve realizar-se através do maior número de vias sensitivas e a Hipoterapia revelou-se uma terapia que acede a este tipo de exigências. (Alves, 2002; Medeiros, 2002; Furby, 1974; Zearman, 1973; Malta e Dias, 2002; Trancozo, 2002) - Com esta prática, constatamos que a criança com Síndrome de Down consegue selecionar, recolher e usar com precisão estímulos pertinentes para cada momento.

Contudo foi necessário recorrer a um amplo reportório de atividades para que, existisse frequentemente uma mudança das tarefas, evitando assim, o desinteresse e possibilitando a generalização dos processos de atenção nas diversas situações, tais como o cantar quando estava em cima do cavalo, bem como os técnicos que acompanharam as crianças na sessão estimularam a criança no sentido de verbalizar o que sentia, como tinha sido a sua semana, entre outros aspetos.

Manifestando muitas vezes alegria na execução de tarefas, e de exercícios que lhe eram pedidos, esta alegria transformou a seriedade da terapia numa sessão em que o aspeto lúdico predominou e a vontade de traduzir os

sentimentos em palavras ou sons, ocorresse para demonstrar o seu mais nobre momento: o de comunicação com o meio ambiente, com os interlocutores, consigo próprio ou até como forma de agradecimento ao animal. (Opa, 2002; Trancozo, 2002; Medeiros, 2002). Por ser um trabalho ao ar livre, num ambiente onde o praticante está intimamente ligado à natureza, e ainda, montado num animal que é superior em porte e altura, podendo comandá-lo, as percepções olfativas e auditivas são estimuladas junto desta. (Edwards, 1994)

O relinchar do cavalo, a buzina da "galera", o som da ferradura do animal, o som da respiração do cavalo, o mastigar, assim como os cheiros dos estrumes, da comida, do remédio, são mostrados ao praticante todas as funções intelectuais como memória, atenção, análise e síntese, organização do pensamento, orientação e organização espacial e temporal, coordenação visual / motora estão a ser estimulados perante qualquer exercício. (Pittoli, 2002; Opa, 2002; Papalia e Olds, 2000; Denney, 1972; Rayner, 1978).

Através da Hipoterapia podemos também confirmar os benefícios que esta desenvolve na área da realização. Verificamos que estas crianças especiais demonstram algumas dificuldades em criar a partir do conhecimento recentemente adquirido, ou seja, se elas aprendem a realizar determinadas tarefas e o conhecimento não ficar apreendido, posteriormente vai parecer-nos que simplesmente já não existe, podendo acontecer que no momento em que colocarmos os seus conhecimentos novamente à prova, elas parecem ter-se esquecido da forma como o fez. Daí que a tendência seja para que apresentem performances mais baixas, em muitas situações (Snyder, 1977, e Siegel, 1979, citados por Wishard e Duffy Morato, 1995).

Certamente que estas condições vão levar a que muitas destas crianças apresentem comportamentos de evitamento como resposta a situações em que revelam maior dificuldade. Assim sendo este é um factor que se assume como uma barreira à aprendizagem. Contudo este facto por si só não é explicativo, visto que temos de ter em conta que as crianças com Síndrome de Down apresentam desde uma idade muito precoce, um declínio progressivo do nível do funcionamento intelectual, ao contrário de outras deficiências mentais, onde este declínio apenas começa a surgir em idades mais avançadas (Gun e Berry, 1989).

Assim as atividades da sessão seguiram uma sequência manipulativa e vivencial onde a aprendizagem começou pela vivência e/ou manipulação operativa do conceito/movimento, verbalização sobre os movimentos realizados, com o fim de facilitar a representação simbólica de movimento ou conceito. Ou seja, a capacidade de utilizar símbolos, ou representações mentais, (palavras, números ou imagens) aos quais atribui algum significado, dá-nos conta que estas crianças podem pensar sobre algo sem que seja necessário que o estejam a visualizar e assim podem resolver problemas concretos. (Piaget, 1973; Piaget, 1986).

Todos os aspetos trabalhados serviram para que a criança obtivesse ganhos nesta área que implicitamente se envolveram com outros aspetos da sua vida, ou seja, devido a frequentarem uma Escola básica de 1º Ciclo, estas crianças têm de adquirir determinadas competências. Visto que a aprendizagem é realizada em torno de um contínuo e apesar de na sessão de Hipoterapia a criança ser tratada sem a existência de preconceitos, muitas vezes o que acontece é que no ensino normal estas crianças sentem que são rejeitadas o que faz com que resistam à aprendizagem porque não conseguem acompanhar os seus colegas e apercebem-se de tal facto. A Hipoterapia auxilia esta adaptação e nas atividades de realização, onde se verificam benefícios para a criança com esta Síndrome.

Também na área pessoal / social são comprovados os benefícios para estas crianças. A aquisição da motricidade fina, bem como a eliminação de hábitos mal adquiridos e a aquisição de comportamentos sociais que podem facilitar a sua

integração na sociedade, estão implícitos na Hipoterapia. A partir do momento em que uma pessoa se descobre como integrante do mundo, ela tem grandes possibilidades de ocupar esse mundo de forma mais harmónica e consciente. (Ribeiro, 2002; Faria e Costa, 2001)

Através da prática da Hipoterapia, a criança ganha um impulso em expandir-se, estender-se, tornar-se mais autónomo, desenvolver-se, amadurecer e ativar todas as capacidades do organismo (Carecho, 2002). Desta forma a Hipoterapia tem em atenção o estímulo de sensações e perceções que incrementam o afeto, acorda o respeito, reforçando as relações simétricas e não complementares, estimula a cooperação, faz com que se revele uma abertura a muitas outras coisas para além de si (desabrochar do "eu"), proporciona uma relação sem juízos de valor, sem julgamentos (autêntica, generosa e espontânea), (Santos e Lopes 2002).

A sessão de Hipoterapia melhora as relações interpessoais, sendo um integrador familiar, culturiza a família e terceiros frente à criança.

Melhora a aceitação da limitação por parte do paciente, modifica a atitude da família sobre as incapacidades do membro doente. (Miranda, 2000; Trancozo, 2002, Carecho, 2002). Todas estas mudanças acabam por inferir na sociabilidade, fazendo com que a criança com Síndrome de Down dê mais valor ao que possui de positivo.

O grupo de pares da criança com Síndrome de Down, é muito diversificado, visto que esta encontra-se numa escola inclusiva, bem como numa Instituição que acolhe crianças com características idênticas, nomeadamente necessidades especiais.

Sabemos que o grupo tem diversas funções positivas no desenvolvimento, ajudando as crianças a desenvolverem habilidades sociais, dando-lhes uma sensação de pertença e fortalecendo o auto-conceito. (Papalia e Olds, 2001).

A Hipoterapia auxilia a criança a integrar-se nestes mesmos grupos distintos, trabalhando várias competências, (que foram descritas anteriormente), assim sendo a criança adquiriu conhecimentos quando utilizava diferentes materiais na limpeza do cavalo, no banho do mesmo, na sua alimentação, quando o montava, sendo estimulada no sentido de perceber porque eram importantes estas atividades.

Assim a criança aprende que também ela se deve alimentar sozinha, e ganha vontade e competências para o fazer, visto que consegue alimentar um animal em porte muito superior do que ela e tratar da sua higiene pessoal. (Pitolli, 2002).

Apesar de só serem estatisticamente significativos os resultados obtidos nestas três sub-escalas, e devido ao número da amostra ser muito reduzido, quando no grupo experimental analisamos a olho nu o perfil de desenvolvimento destas crianças, durante a primeira e a segunda aplicação da Escala constatamos que todas as áreas evoluíram apesar de não serem estatisticamente significativas.

No que concerne à área locomotora, olho/mão e raciocínio prático também elas se desenvolveram contudo não foram estatisticamente significativas o que nos remete para causas como o factor tempo, visto que a terapia teve apenas a duração de quatro meses, temos ainda presente outra questão sendo o tamanho diminuto da amostra que pode também ter contribuído para que estas áreas não fossem estatisticamente significativas.

Mas ao analisarmos o perfil de desenvolvimento de cada elementos do grupo experimental, (a olho nu), constatamos que existem diferenças da primeira para a segunda aplicação da Escala. Diferenças estas que podem ser explicadas

na área da locomoção devido ao cavalo, com o seu movimento imperceptível (mesmo estando parado), a criança está a receber informações que não podem ser transmitidas a estes indivíduos por outro método, ou seja, com o andamento a passo e através de movimentos sequenciados, proporciona em quem está montado sensações por todo o corpo, transmitindo-as para a coluna lombar e regiões pélvicas da criança, duplicando os efeitos que o homem provoca nas mesmas enquanto anda. (Nascimento, 2002; Salama, 2002; Miranda, 2000; Lucena, 2002).

Ao longo da sessão os músculos da criança trabalham de forma simétrica, de forma a que a criança mantenha o equilíbrio e acompanhe os movimentos do cavalo, bem como se possa combater as posições incorretas.

A noção de equilíbrio aparece pouco a pouco, dando ao sujeito cada vez mais confiança no seu corpo e uma grande segurança interna. (Carecho, 2002; Nascimento, 2002; Cudo, 2002; Miranda, 2000; Faria e Costa, 2001). Desta forma a criança organiza determinadas acções que lhe servem como aprendizagem para o movimento global coordenado dos gestos e de outras acções noutras lugares e noutras circunstâncias. Adquirindo também uma postura mais correta, bem como uma marcha onde os músculos trabalham de forma mais coordenada devido a todos os aspetos que se trabalharam ao longo da sessão.

A sub-escala olho/mão também se destaca algum desenvolvimento pois a lateralidade é trabalhada nesta área, ou seja os hemicorpos são trabalhados de forma igual, levando a criança a integrar os dois lados do corpo, bem como a adquirir a noção de linha média.

A aprendizagem da criança começa assim que o cavalo é distribuído, a criança do lado esquerdo do cavalo, segurar as rédeas com a mão direita e a noção de frente/tráz, de diagonal e de mudança de direcção para a direita e para a esquerda, faz com que toda a informação seja interpretada corporalmente. (Miranda, 2002; Santos e Lopes, 2002; Frazão e Peniche, 2002).

No decorrer da sessão trabalha-se a coordenação dinâmica, na qual o factor ocular ocupa um lugar importante, estando implícita uma coordenação entre mãos, braços, pernas, anca, tronco e visão. (Centurini, 2002; Santos, 2002; Miranda, 2002, Santos e Lopes, 2002; Frazão e Peniche, 2002; Santos, 2002). Assim sendo justifica-se também a evolução desta área. No que respeita ao raciocínio prático constatamos uma evolução também ela significativa ao analisar o perfil de desenvolvimento, devido a todas as questões que dizem respeito ao trabalho realizado no decorrer da sessão de Hipoterapia que faz com que a criança se prepare para questões ligadas ao seu dia-a-dia, adaptando-se ao mundo que a rodeia, contudo não podemos esquecer que o desempenho da criança nesta área está relacionada com o domínio fluente da linguagem, (área em que obtemos um desenvolvimento significativo estatisticamente). (Gouveia, Lacerda, Fernandes, Garcia, Oliveira, Carneiro, Freitas e Gomes, 1989).

Relativamente ao Grupo de Controle também este da primeira para a segunda aplicação da Escala de Desenvolvimento Mental de Ruth Griffiths, revelou alguma evolução no desenvolvimento (analisando apenas o perfil de desenvolvimento de cada elemento do grupo), contudo este desenvolvimento não é estatisticamente significativo. Todavia, convém não esquecer que, mesmo dentro dos parâmetros da normalidade o ritmo a que se processa o desenvolvimento infantil não é algo constante e inflexível. Todas as crianças possuem características muito próprias e é delas que depende a rapidez ou lentidão da sua evolução. (Santos ,2002; Hadfield, 1973)

Comparando o Grupo de Controle com o Grupo Experimental comprovamos que a Hipoterapia traz benefícios para as crianças com Síndrome de Down, reconhecendo que esta terapia por si só não funciona mas auxilia a criança no seu

processo de desenvolvimento. Sendo então útil que a criança possa ter acompanhamento noutras áreas para que conjuntamente com a Hipoterapia obtenha mais ganhos ao nível do desenvolvimento. Sabemos que as crianças com Síndrome de Down apresentam atrasos em diversas áreas do seu desenvolvimento, tais como a cognição, afecto, contacto visual, modulação do estado de alerta, atenção, competências linguísticas entre outros. Mas mesmo apesar de se verificar uma maior lentidão no desenvolvimento, existe sempre uma expectativa de progresso, bem diferente das expectativas vivenciadas, anteriormente, quer pelos pais ou pelos técnicos.

Sendo completamente colocada de parte a ideia de crianças com Síndrome de Down não educáveis com uma inteligência de origem genética e um nível desenvolvimental inalteráveis, em quem não valia a pena investir. Com este estudo verificamos que as ideias de outros tempos estão erradas. O Psicólogo pode então recorrer à Hipoterapia visto que apresenta resultados com estas crianças ao nível do desenvolvimento.

Referências Bibliográficas

- Edwards, E. (1994). *The ultimate horse*. London: Dorling Kindersley limited.
- Fonseca, V. (1989). *Psiquiatria e psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Golebski, A.; Oliveira, E. & Tralli, A. (1990). *Você não está sozinho: temos um filho especial*. São Paulo: Associação de pais e amigos dos excepcionais.
- Griffiths, R. (s.d.). *The psychodiagnostic approach to problems of the very young foundations of child psychiatry*.
- Lubersac, R. & Lallery, M. (1973). *La rééducation par l'équitation*. Paris: Crépin-Leblond.
- Papalia, D. & Olds, S. (2000) *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Piaget, J. (1986). *O nascimento da inteligência na criança*. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Santos, F. & Lopes, J. (2002). *Pégaso e os anjos, terapia pelo cavalo*. Coimbra: Editorial Minerva.
- Faria, L. & Costa, N. (2001). *Contributos da equitação adaptada para a promoção do auto-conceito em portadores de paralisia cerebral*. *Revista de educação especial e reabilitação*, 8 (1), 61-71.
- Gouveia, R.; Lacerda, N.; Fernandes, M.; Garcia, F.; Oliveira, G.; Carneiro, M.; Freitas, C. & Gomes, C. (1989). *Escala de desenvolvimento de Griffiths*. *Revista portuguesa pediátrica*. 20 (1), 151-154.
- Gunn, P. (1993) *Characteristics of Down Syndrome*. *Down syndrome moving through live*, 6 (1), 1-17.
- Miranda, A. (2000). *Hipoterapia*. *Revista de educação especial e reabilitação*, 7 (2), 113-120.
- Pimentel, S. (1997). *Avaliação de crianças com necessidades educativas especiais*. *Cadernos CEACF*. 13 (14), 41-49.
- Wishard, G. & Duffy, L. (1990). *Instability of performance on cognitive test in infants and young children with Down Syndrome*. *Br. Journal educational psychology*, 60 (1), 10-22.
- Cudo, C. (Comp.) (2002). *A importância da motivação para a vida e como meio facilitador para resgatar a auto-estima*. *II Congresso Brasileiro de Equoterapia*. São Paulo: ANDE.

Áurea Canas Coelho



Violência

Contemporânea:

reflexões sobre a banalização dos dias atuais

Pensei em abordar um texto que falasse sobre a violência contemporânea ligada à tendência de justificá-la nas doenças mentais ou drogas. Tema vasto e complexo que não tenho a pretensão de esclarecer em tão breve artigo, mas para o qual posso pincelar algumas informações e levantar algumas questões. Trarei certos dados sobre a doença mental e drogas mas não ficarei centralizado nestas, pois acredito que a violência que vivemos atualmente é um movimento social e não só um fenômeno isolado de um determinado grupo "desviante".

Uma das características preocupantes de nossa sociedade atual não é a violência em si, visto que esta sempre existiu, mas seu aumento gradual aliado à uma banalização absurda das ocorrências. Hoje em dia, encaramos muitas vezes uma chacina, um assalto em semáforo resultando em morte ou atentado terrorista por parte de traficantes à algum estabelecimento comercial como notícias corriqueiras – se tornou "normal", coisas do dia a dia. Tal comportamento frio que muitas vezes pode representar uma defesa contra a angústia que tais notícias geram em nós, pode também ocasionar um estado perigoso e desumano frente aos acontecimentos diários: *a indiferença*.

A indiferença, como um estado passivo e desinteressado impossibilita questionamentos, reflexões e a tentativa e possibilidade de mudança. Aceitam-se as coisas como elas são e se segue adiante. **Nada mais nos choca** – os índices de violência aumentando, as pessoas se matando, mas enquanto não me atingir diretamente tudo bem! Não nos importamos, pois não há tempo para isto, não nos envergonhamos, pois não nos afetamos mais por isto..."*la belle indifferance*".

O mais importante neste momento é exatamente o contrário, a postura ativa, problematizadora, que busca dar consequência aos movimentos culturais-sociais – que busca entender uma chacina, ou crime serial não só como um evento isolado, mas como um fenômeno de nossa cultura.

Se o mundo lá fora está violento não é por que não carrego uma arma ou me mantenho trancado em casa que eu não tenha também responsabilidade frente à tal movimento social. Como irei lidar com isso? Quais as consequências de meus atos isolados sobre o meio em que vivo? Estou e/ou estamos fazendo bom uso de nossa cidadania? Qual minha postura ética frente às manifestações atuais de violência?

A violência em si está banalizada, mas é a violência daquele que é igual a mim, "normal", que está chocando e movimentando o sensacionalismo televisivo e a busca por respostas em todos os meios de conhecimento.

É o filho que assassina o pai ou o fato deste abusar e matar sua filha, filho e esposa que está nos apavorando.

É a violência dentro de casa e nas instituições culturalmente mais sagradas e valorizadas da sociedade que mostram que algo não vai bem e para esse mal-estar temos dado respostas antigas. As três justificativas mais usadas para esclarecer a violência são: drogas, doença mental ou possessão demoníaca. Mas será que podemos aplicar tais respostas à cultura contemporânea?

É comumente conhecido que a questão do crime e da violência envolve uma série de reflexões e comentários que ultrapassam em muito o ato violento em si; são questões que resvalam na ética e na moral de nossa sociedade. Sempre há alguém tentando ajustar ao criminoso e à manifestação violenta, traços e características psicopatológicas, anormais: porque X cometeu esse crime? Estaria perturbado psiquicamente? Como foi sua infância, será que foi abusado pelos pais? Estaria sofrendo com a pressão social? Será que tem cura? Como mantê-lo afastado de nós, pessoas "normais"?

As questões são diversas e as respostas vagas e incompletas (tal como o próprio Ser Humano o é). Como nos coloca Ballone (2002) "a respeito dos recentes conhecimentos da neurociência, a maioria das pesquisas ou não encontrou uma associação entre doença mental e o risco de cometer crimes de violência maior que na população geral, ou encontrou apenas uma discreta associação, estatisticamente não significativa".

Alguns quadros psiquiátricos costumam chamar a atenção da sociedade, quando envolvidos em crimes graves que invariavelmente chocam as pessoas por seus requintes de sadismo e crueldade.

Apresentar-se-ão brevemente alguns dos quadros mais comuns, deixando claro que o fato de ser um doente mental não acarreta necessariamente comportamentos criminosos ou antissociais, mas muitas vezes na busca de resposta para crimes usa-se do diagnóstico clínico para justificar os mesmos.

Muito já se ouviu nos meios de comunicação sobre a psicose – ela inclusive foi alvo de um dos mais conhecidos filmes de suspense de Alfred Hitchcock (filme "Psicose"). Um dos sintomas mais exuberantes e característico da mesma é o delírio.

Em muitos quadros psicóticos, encontramos acentuado traço de desconfiança, ressentimento, frieza no relacionamento interpessoal e busca de isolamento social.

Os delírios nas psicoses são normalmente de cunho persecutório, ou seja, giram em torno de uma temática de prejuízo, perseguição e referência à pessoa do paciente, sendo também sistematizados e bem organizados.

A ideia de referência condiz com a impressão de que ele é observado, é perseguido por complôs misteriosos, é predestinado a executar um plano de salvação da humanidade, ele detém a capacidade de percepção extra-sensorial, é o mais prejudicado, etc.

Assim, o psicótico edifica sua realidade particular e assume neste seu mundo uma posição central servindo de referência aos eventos que se sucedem. Pode-se ter boa ideia do que é isso com o filme "Mente Brillhante"(dirigido por Ron Howard).

As manifestações de agressividade do psicótico,

ainda que incomuns, têm para ele um caráter defensivo, contra um sistema que deseja prejudicá-lo, influir sobre ele, roubar seu pensamento, matá-lo através de influências estranhas.

Assim, comete crimes ou é agressivo reagindo a um sistema delirante criado por ele mesmo, o que mostra a dificuldade de adaptação do mesmo com a realidade externa. Ele interage por intermédio de sua realidade interna, ignorando ou percebendo de maneira precária a realidade externa.

As primeiras crises psicóticas costumam apresentar-se logo na adolescência, quando os principais sintomas tais como, alucinações, desconfiança excessiva, isolamento social, dificuldade de relacionamento, humor alterado se intensificam.

Atualmente, tais quadros têm bom prognóstico com o uso de medicações psicofarmacológicas (ex: ansiolíticos e anti-psicóticos) e acompanhamento psicoterapêutico (grupos psicológicos, psicanálise, orientação familiar).

Agora um quadro mais comumente aliado à crimes e violência é o da Psicopatia. Grande proporção, em torno de 25% dos prisioneiros, mostra muitas características do que a psiquiatria chama de Sociopatia. (Transtorno da Personalidade Antissocial).

As características dos sociopatas engloba, principalmente, o desprezo pelas obrigações sociais e a falta de consideração com os sentimentos dos outros.

Eles possuem egoísmo exageradamente patológico, emoções superficiais, teatrais e falsas,

pobre ou nenhum controle da impulsividade, baixa tolerância para frustração, irresponsabilidade e o que torna o quadro mais difícil de ser tratado é a ausência de sentimentos de remorso e de culpa em relação ao seu comportamento. Tais pessoas geralmente são cínicas, incapazes de manter uma relação leal e duradoura, são muito manipuladoras. Mentem exageradamente, roubam, abusam, trapaceiam, manipulam dolosamente seus familiares e parentes, colocam em risco a vida de outras pessoas – esse conjunto de caracteres faz com que os sociopatas sejam incapazes de aprender com a punição ou incapazes de modificar suas atitudes.

Devido ao fato de não demonstrarem sintomas de outras doenças mentais quaisquer é difícil esse tipo de população buscar ajuda psiquiátrica-psicológica ou ser encaminhado para tais serviços. Muitas vezes tal indivíduo só é desmascarado ou descoberto após ter realizado atos criminosos.

Segundo o DSM. IV, a característica essencial do Transtorno da Personalidade Antissocial é um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que inicia na infância ou começo da adolescência e continua na idade adulta.

Existe uma vertente da psicanálise que acredita no tratamento analítico desta população e alguns trabalhos deste tipo já mostraram resultados positivos, mas mesmo assim é um quadro de difícil acesso e tratamento – na maioria das vezes são presos e mantidos isolados para não causarem prejuízo inclusive dentro do próprio sistema penitenciário. Um livro que retrata com

precisão o quadro da psicopatia ou sociopatia é "Silêncio dos Inocentes" de Thomas Harris que deu origem a dois filmes de Hollywood sobre o personagem Hannibal Lecter.

Quanto ao uso de drogas relacionado à violência e agressividade temos um excelente exemplo no recente filme "Carandiru" (adaptação do livro de Drauzio Varella), no qual um dos personagens, chefe de cela e também traficante começa a fazer uso constante de "crack". Na sequência, o filme mostra como tal uso vai afetando o personagem, que começa a sentir-se perseguido por alguém (a conhecida "noia" – sintomas de paranoia; a pessoa começa a ficar extremamente desconfiada e desenvolve pensamentos de que querem prejudicá-la, passa então a atuar em seu meio de acordo com suas fantasias, se estas forem agressivas ele reagirá agressivamente frente ao seu meio externo).

As consequências de tal sintoma são desastrosas para o personagem. Tal história pode facilmente se aplicar aos usuários constantes de drogas como álcool, cocaína, crack entre outras.

A droga em seu abuso afeta não só fisicamente o usuário que se torna dependente químico, como também o desequilibra psicologicamente.

Poderíamos superficialmente citar certos sintomas frequentes do uso abusivo de drogas: alteração de humor, sintomas físicos como febre e mal-estar quando se está em abstinência, dificuldade no relacionamento com as pessoas, tendência à hostilidade, diminuição na atenção e muitas vezes alteração na percepção da realidade.

A droga na maioria das vezes atua deixando seu usuário mais à vontade e muitas vezes sem

limites, acentuadas características primitivas e hostis de sua personalidade.

Sabemos em nosso dia a dia como a droga tomou conta e se tornou parte de nossa cultura, contribuindo inclusive para os altos índices de violência, desrespeito e desadaptação social. Muito tem se feito para trabalhar essa questão de maneira responsável e solidária – várias entidades trabalham no sentido de informar a população e dar condições e alternativas saudáveis para a população mais atingida pelo tráfico – o problema é que perto da problemática causada pelo tráfico (social e econômica) e da dependência química gerada pelas drogas este trabalho tem pouco alcance e força.

Vivemos um novo momento sociocultural – entramos na era da globalização. Com esta, as relações sociais (tendo estas como princípio a família) que eram verticalizadas, passaram a ser horizontais. Na industrialização, a família era piramidal, baseada no poder do pai, assim também era a organização nas empresas (do presidente às diferentes categorias de hierarquia: vice-presidente, diretor, gerente, funcionário...etc). Como expõe Forbes (2003, pag. 5) em recente entrevista ao Jornal Estado de Minas, o mundo mudou, houve uma quebra da verticalidade e quando tem-se uma quebra de padrão, vem a sensação de confusão, de estarmos perdidos.

Continuando sua exposição, Forbes coloca que as pessoas se sentem desorientadas, "desbussoladas", e com isso surge o mal-estar e a necessidade imediatista de nomear, catalogar, padronizar e medicar esse mal-estar – o problema é que estamos dando respostas antigas a novos

problemas. Não basta simplesmente prender criminosos ou utilizar da pena de morte como castigo e exemplo tal qual se fazia antes para diminuir os índices de criminalidade – temos que pensar o que está exatamente acontecendo? Por que tais índices altos de violência (não só no Brasil, mas em todo mundo)? Como está organizada nossa sociedade? Como ela reage a mudanças? Qual o papel individual de cada um? O que está acontecendo com a humanidade como um todo?

Com a globalização nos vemos com maior poder, temos maiores opções de escolha e de ação e, automaticamente, com esse maior poder temos também maior responsabilidade – talvez lidar com esta está sendo uma tarefa árdua de pouca flexibilidade e elaboração (tanto no sentido individual como coletivo).

Almeida Leite (1998, pag.16) em um artigo sobre o movimento contemporâneo da civilização por respostas totais às questões humanas de comportamento comentou que a história e a ficção científica mostravam a tentativa de, por meio do saber científico categorizar em padrões pré-estabelecidos o comportamento humano. Atualmente, as realizações e manifestações humanas passam a ser tipificadas e descritas em manuais (como o DSM-IV, CID-10), apresentadas com sensacionalismo e parcialidade pela televisão, e digeridas sem maiores consequências pela sociedade – tal movimento não visa apenas a descrição, como também, a definição, em "padrões científicos", daquilo que é normal e aceito do que é censurável e patológico. Tal fato é por demais simplista e reducionista. "Coisifica" o homem, esquecendo e pondo de lado sua

subjetividade.

Esta é outra característica perigosa das relações humanas: a busca de respostas por intermédio de um culpado pelo infortúnio sofrido. Cantizani complementa isto dizendo que "quando há um desviante, por exemplo o doente mental, o drogado, o menor de rua, ou qualquer pessoa que possa ser considerada à margem do que a sociedade acredita ou caracteriza ser o "melhor" para si, as pessoas artificialmente se unem culpando aquela que sentem como perigo para a sua integridade e segurança". A necessidade de se unir leva as pessoas a negarem os conflitos pessoais e projetar angústias, rancores, medos, sobre a pessoa escolhida para esse lugar de culpado, desviante – o famoso bode expiatório – afinal de contas, alguém precisa levar a culpa. "Tal mecanismo nem sempre é inconsciente, muitas vezes é o mais cômodo." (1998, pag. 77).

Neste momento podemos apontar para o berço de nossas relações; a família. Ela é um dado essencial de nossa civilização e nos dá a base para os relacionamentos futuros e visão de mundo. Hoje nossa forma de pensar e agir na sociedade na maioria das vezes carrega a marca de nossos primeiros anos de vida no núcleo familiar. É por este motivo essencial que o núcleo familiar precisa partir de inter-relacionamentos baseados no respeito, diálogo, ética e responsabilidade.

Concordante com esta exposição Winnicott (1999) relatou que a criança sofre privação, quando passam a lhe faltar certas características essenciais da vida familiar. Sem o referencial dado pelo apoio e cultura familiar a própria adaptação à sociedade se torna ainda mais difícil

– por exemplo, uma criança que vê seus pais brigando constantemente, sem terem respeito um pelo outro e agindo de maneiras inconsequentes, assume como sendo fato que as coisas só se conseguem com atitudes agressivas e impulsivas, e possivelmente agirá desta maneira em seu ambiente social.

Claro que não podemos dizer que o adulto que age de maneira inconsequente e violenta em nossa sociedade o faz por culpa de sua infeliz infância e por isso não é responsável por seus atos – somos todos responsáveis por nossas formas de agir e escolhas que fazemos em nossa vida – as dificuldades surgem naturalmente no caminho de qualquer pessoa, a questão é como ela aprendeu e como vai lidar com estes obstáculos.

Não podemos nos esquecer que o conflito do homem com o mundo não é um defeito, uma falha, algo passível de ser concertado e padronizado, curado e sequenciado, *mas sim a base de sua constituição*. Isto nos foi apontado por Freud em 1930 – ele nos falava da impossibilidade de harmonizar as exigências pulsionais, individuais de cada ser às normas e regras sociais – a insatisfação e frustração são uma marca permanente disto. Se neste conflito surge uma onda de violência que permeia todos os âmbitos sociais-culturais cabe ao homem refletir o que esta acontecendo à sua volta e, antes de buscar culpados, tentar ver qual *a sua implicação* neste movimento e quais as suas possibilidades de ação para o dado momento. *Ética* – está aí uma palavra que passou a ser só palavra, pois em sua *Ato-ação* ela está um tanto em desuso, basta olharmos à volta de

nosso Brasil! E cada qual tem sua parcela de responsabilidade e consequência frente ao mundo que o cerca.

"Não importa tanto o que fizeram a você, mas sim o que você faz...daquilo que lhe fizeram"

Jean Paul Sartre

Referências Bibliográficas

ALMEIDA LEITE, C.E. Onde esta a razão? in *Dora: Revista de psicanálise e cultura*. Ano 1, N º 1, São Paulo, 1998.

BALLONE GJ. *Violência e Psiquiatria* – in. *PsiquWeb, Internet*, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/forense/border2.html> > revisto em 2002.

CANTIZANI, A.M. *Psicologia social*. Ed. Fiuza e Jundurian, São Paulo, 1998.

DSM-IV – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artes Médicas, 1995.

FORBES, J. Em entrevista com Leila Ferreira para o jornal *Estado de Minas*. 6 de abril de 2003, pag. 5, Minas Gerais, 2003.

FREUD, S. Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago Ed., (s.d.). - *O mal estar na cultura (1930)* – Vol. XVIII.

SCHUBERT, R. - *A violência banalizada: os movimentos da inconsequência humana*. Revista *Educação e Família*, Editora Escala, N º 4, Ano 1, Julho 2003.

SCHUBERT, R. – (2008) *Violência Contemporânea: reflexões sobre a banalização dos dias atuais (in)* <http://reneschubert.blogspot.com/2008/03/violncia-contempornea-reflexes-sobre.html>

WINNICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. Ed. Martins Fontes, 2ª ed., São Paulo, 2001.

WINNICOTT, D.W. *Privação e delinquência*. Ed. Martins Fontes, 3 ed., São Paulo, 1999.

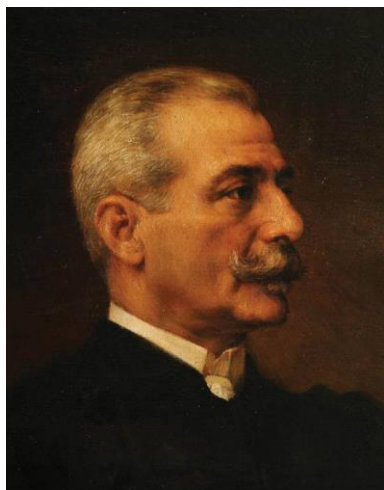
René Schubert



PERSONALIDADE

Miguel Bombarda

Miguel Augusto Bombarda (1851-1910), foi um dos pioneiros da psiquiatria em Portugal. Para além de herói da República, foi também um dos maiores responsáveis pela mudança, sobretudo, ao nível da abordagem da saúde mental em Portugal.



A sua formação ocorreu na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa - tendo inclusive, por essa altura, defendido uma tese acerca do "Delírio das Perseguições". Mais tarde foi professor nesta mesma escola, leccionando as cadeiras de Fisiologia e de Histologia. Desempenhou um importante papel no que concerne à reforma dos estudos médicos.

Foi médico do Hospital de S. José, director do Hospital de Rilhafoles, entre outros... Como médico dedicou-se principalmente às doenças do sistema nervoso, especializando-se em Psiquiatria.

Como director do Hospital de Rilhafoles, foi responsável pela sua reestruturação e reorganização - iniciou um curso livre de psiquiatria e promoveu o alargamento do Hospital, com a construção por exemplo do Pavilhão de Segurança, do Edifício de Enfermarias em Poste Telefónico, do Edifício de Enfermarias em U, dois enormes Telheiros para o passeio dos doentes, Oficinas para Doentes, etc...

Fez parte de várias instituições nacionais e estrangeiras, como: Conselho Superior de Higiene, Sociedade Portuguesa de Ciências Naturais, Academia Real das Ciências Médicas de Lisboa, Conselho de Medicina Legal, Liga Nacional contra a Tuberculose.

Foi responsável por organizar o XV Congresso Internacional de Medicina, que se realizou na cidade de Lisboa (1906). Para além disto, publicou várias dezenas de volumes e cerca de meio milhar de ensaios, acerca de vários problemas clínicos, terapêuticos e sanitários e também acerca da Psiquiatria.

Em 1908 entrou na política, como deputado afecto ao então presidente do Conselho, Ferreira do Amaral. Contudo, as suas fortes convicções liberais e anti-clericais aproximam-no rapidamente da Junta Liberal, tornando-se um dos seus mais destacados dirigentes, e do Partido Republicano, a que adere formalmente pouco antes da implantação da República, sendo eleito deputado nas suas listas.

Miguel Bombarda foi um dos principais dirigentes da revolução republicana, com o especial encargo de proceder à distribuição de armas por grupos civis, estando prevista a sua participação no assalto ao quartel de Artilharia 1, em Campolide.

No dia 3 de Outubro, em Rilhafoles, Miguel Bombarda foi alvejado a tiros de revólver por um oficial do exército (antigo aluno dos colégios da Companhia de Jesus).

Transportado para o Hospital de S. José, foi operado, mas não resistiu à operação, entrou em coma e faleceu.

A morte de Miguel Bombarda provocou especial indignação junto do povo de Lisboa (para quem se tratava de um atentado reaccionário). A República organizou as suas exéquias, homenageando-o como um dos seus principais inspiradores.

Abordaje logopédico en la infancia

"En mi casa he reunido juguetes pequeños y grandes, sin los cuales no podría vivir. El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre al niño que vivía en él y que le hará mucha falta".

Pablo Neruda

El niño se enfrenta al mundo, como un libro abierto, lleno de contenido y discurso a descifrar. Si nos interesa conocer su mundo, no hay más que buscar la vía más adecuada que nos permita leer su texto. Para ello, debemos escucharle, en el amplio sentido de la palabra, acompañarlo en cada una de sus adquisiciones, valorar sus iniciativas y detectar sus dificultades, para poder reconducirlo. El aprendizaje es un proceso individual. El niño interpreta y construye mentalmente, significados. Cada niño aporta el **propio ritmo** en el proceso de construcción. Muy importante respetarlo y no compararlo con otros niños, hermanos o amigos.

Podemos destacar innumerables señales, que pueden hacer de alerta, ante las dificultades de los infantes.

Para ello, es fundamental ponerse en contacto, en primer lugar con el médico pediatra que lleva la evolución y desarrollo de su niño; para que valore el caso y si fuera necesario derive al especialista logopeda, para que trace un plan de abordaje, acorde a las necesidades específicas del lenguaje, del habla o la comunicación.

Destacaremos las siguientes señales:

- ✓ Que no se comprenda cuando habla el niño.
- ✓ Que con frecuencia el niño "se coma sonidos", o que agregue otros sonidos.
- ✓ Que respire con la boca abierta.
- ✓ Que tenga dificultades para pronunciar algún sonido.
- ✓ Que se encuentre afónico con frecuencia.
- ✓ Que manifieste que no escucha bien.
- ✓ Que no discrimina ruidos de sonidos.
- ✓ Que no hable o hable muy poco.
- ✓ Que presente cambio muy drásticos en la voz.
- ✓ Que presenta alteraciones o deficiencias físicas, por ejemplo: Parálisis cerebral, espina bífida, etc.
- ✓ Que presenta alteraciones sensoriales (visuales, auditivas, ...).
- ✓ Que presenta retraso general en el desarrollo y el lenguaje.
- ✓ Que se descentra con facilidad ante cualquier situación de la vida diaria.
- ✓ Que no logra seguir consignas lingüísticas simples.
- ✓ Que presente dificultades a la hora de escribir o leer correctamente.

Los trastornos o disfunciones los podemos categorizar en tres grandes grupos: entrada, procesamiento y salida.

- ✓ Trastornos de entrada: Dentro de este grupo, incluimos a las alteraciones de la comunicación secundarias a déficit auditivo (hipoacusia, cófosis, presbiacusia, alteraciones en la discriminación auditiva, etc.) y disfunciones en la adquisición del lenguaje de las personas con déficit visual y alteraciones por privación bio-social.
- ✓ Trastornos de procesamiento: Se incluyen dentro de éste grupo a las disfasias, dificultades de la adquisición, trastornos adquiridos (afasias, agnosias, apraxias, dificultades en funciones ejecutivas, etc).
- ✓ Trastornos de salida: En éste grupo podemos nombrar a los trastornos del habla (disartria, anartria, disglosias, dislalias, etc.), trastornos del ritmo (disfemia, taquifemia, bradifemia, disprosodia), trastornos de la voz (disfonías orgánicas y funcionales), laringectomizados, deglución atípica, respiración bucal, disfagia, etc.

Cuando estamos frente a un niño surgen un puñado de expectativas, propias del acontecimiento de cada persona.

En los padres, algunas de estas expectativas iniciales, están sembradas por el desconocimiento de la dificultad, discapacidad, patología, falta o exceso de información, rechazo o protección al posicionarse ante un nuevo reto y además, por la angustia y ansiedad que genera, no saber como se va a ir encadenando el devenir del paciente. Progresivamente, éstas expectativas iniciales, a través del abordaje logopédico, se van a ir desvaneciendo, para dar paso a nuevas expectativas. Por otro lado, están las expectativas de quién recibe la intervención logopédica, que adopta una postura actitudinal frente a los padres y al profesional (ya sea de espera, de reacción, de apertura, de desconfianza, de pérdida...).

Es muy importante, a la hora de diseñar un programa de rehabilitación o habilitación, tener muy presentes, éstas expectativas.

Y otro eslabón de ésta actuación terapéutica, es el equipo de profesionales (psicopedagogos, médicos pediatras, maestros, fisioterapeutas, etc), que mira al horizonte del proceso como un todo, que tiene una visión integradora y que también, requiere una contención para equilibrar las expectativas. Sin duda la cohesión, la actitud cooperativa y la visión interdisciplinaria de los profesionales, serán un fuente beneficiosa en el niño con necesidades educativas especiales.

Las expectativas **no son piedras en el camino**, sino pequeños/grandes **núcleos de aprendizajes**, que nos facilitan la dimensión de la persona, con todo el equipaje que lleva. Los padres/madres pueden colaborar con la actuación del maestro, del terapeuta del habla, de una manera espontánea, a través del juego.

Una de las reglas de oro es **JUGAR**, no intentar hacer de profesionales, en todo caso, cuando nos encontremos con alternaciones o dificultades de la comunicación, es prioritario, hacer una visita al médico pediatra que lleva el niño, (pues es quien conoce la evolución del niño), para que lo evalúe y derive al profesional correspondiente, en el caso que fuera necesario.

La consigna para los padres y madres es crear un clima distendido y placentero. De ésta manera, se puede abrir un lugar de experimentación y exploración ilimitado en cantidad y calidad de tiempo y espacio. Los elementos pueden ser muy sencillos y de fácil creación. Se recomienda aprovechar elementos u objetos reciclados, como por ejemplo: papeles de periódico, corchos, radiografías, botones, plumas, hojas secas, radiografías en desuso, telas, etc. Los padres pueden ser de gran ayuda, cultivando el lenguaje, hablando con el niño, contando cuentos acordes a la edad, cantando canciones infantiles, no utilizando diminutivos constantemente cuando hablan con el niño, ofreciéndole variedad de ejemplos para enriquecer el lenguaje y promoviendo situaciones en un contexto adecuado, en las que el niño se vean implicados, por ejemplo: a la hora de la comida, del baño, cuando cambian la vestimenta, cuando hacen un paseo, al visitar a un familiar, al ir de compras, etc.

Un punto importante a subrayar, es **estimular los progresos con efusividad, sonriéndole y dándole sentido a los logros**, para que el niño se sienta contenido y pueda mirar las dificultades como parte de un proceso y no como un estigma o una etiqueta difícil de modificar.

De esta manera la estimulación se transformará en vivencias y podrá quedar reflejada en el propio libro de vida.

¿Cómo crear situaciones comunicativas?

El diálogo es una fuente inagotable, no solo en la esfera de la comunicación, sino también, es un encuentro facilitador, en el que se estimula el desarrollo del pensamiento y la personalidad del niño.

El diálogo implica una **escucha activa**, no pasar por alto, el turno de palabra, saber esperar, hablar con claridad, pausado y dando margen a la respuesta, sin solaparla.

Otro punto a tener presente, es realizar enunciados organizados y estructurados.

Es importante tener una visión conjunta de la situación que se plantea, ¿quiénes están presente en ese momento? ¿en que contexto estamos? ¿qué elementos tenemos a nuestro alcance? ¿cómo se inicia el diálogo? ¿cuáles son las producciones que se ponen en juego?, ¿qué alcance tiene la situación a desarrollar? ¿cómo se cierra esa situación? etc.

Un dibujo, un juego, un elogio, una consigna sencilla, una canción infantil, una descripción, un cuento, una pregunta abierta, un comentario, una frase familiar...pueden transformarse en situaciones con mucho contenido comunicativo.

Será necesario que la actitud de escucha activa se nutra de la observación, de las potencialidades del niño.

Ello nos abrirán puertas, en cuanto a la posibilidad de identificar e incorporar respuestas, que favorezcan la comunicación.

La flexibilidad es una buena herramienta para aliarse. Siempre se agradece cuando se comienza con una frase sencilla, una pronunciación correcta, palabras que resuenen y tengan contenido en el niño, descartando los diminutivos innecesarios, las preguntas rebuscadas, etc.

Referencias bibliográficas

Bustos, C. Manual de logopedia escolar, Ed. CEPE, Madrid, España. 1995.

Emilia Ferreiro, "Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño", Siglo XXI, México, 1991.

Bosch, L. Identificación del proceso fonológico de simplificación en el habla infantil, Revista de logopedia y fonoaudiología, Volumen 3, nº1. 1983.

Monfort M. Juárez Sánchez, A. Modelos de intervención en logopedia, Revista de Logopedia y Fonoaudiología, vol. X, nº4. 1990.

Kamii, C. La autonomía como objeto de la educación, Infancia y aprendizaje, Número 18. Madrid, 1981.

Teberosky, A. Construcción de la escritura a través de la interacción grupal, Gomez Palacio M y Ferreiro E. (comp)

Miller, G.A: Lenguaje y habla, Alianza editorial, Madrid, 1985.

Monfort, M: Los niños disfásicos, Edit. CEPE, Madrid, 1994.

Nieto Herrero, M.E.: Retardo del lenguaje, CEPE, Madrid, 1990.

Peña Casanova, J: Manual de Logopedia, Masson, Barcelona, 1994.

Vila, I. Adquisición y desarrollo del lenguaje, Ed. Grau, Barcelona, España, 1990.

Bustos, C. Manual de logopedia escolar, Ed. CEPE, Madrid, España, 1995.

Siquier Ocampo, M.L. La hora del juego diagnóstico, Cap. Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1980.

Barlet, X. Los padres siempre quieren a sus hijos. Revista de logopedia y fonoaudiología. Vol. X nº 1, 1990.

Casanova, P. Manual de logopedia, Ed. Masson, Barcelona, España, 1988.

Perelló, J. Evaluación de la voz, el lenguaje y la audición, Ed. Lebrón. Barcelona, España, 1996.

Daniel Rodríguez Boggia



Entrevista

Associação Portuguesa de Síndrome de Asperger

Com Maria da Piedade Líbano Monteiro

Presidente da Direção da APSA



EDUCAÇÃO DIFERENTE - Porquê a criação da APSA?

APSA - A APSA foi criada para sensibilizar, explicar o que é a Síndrome de Asperger (SA). Esta ação permite-nos ajudar na inclusão das pessoas com SA na sociedade. Importa informar o que é a SA - É uma perturbação do Espectro do Autismo na qual não há défice cognitivo, e que se manifesta sobretudo, por dificuldades em três grandes áreas: Interação Social, Comunicação e Comportamento.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Qual é a principal missão da APSA?

APSA - A nossa Missão é promover o apoio e a integração das Pessoas com SA na sociedade, favorecendo as condições e capacitando-as para uma vida autónoma e digna.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Qual é o seu âmbito de intervenção e que tipo de actividades desenvolvem?

APSA - Somos uma Associação de âmbito nacional, apoiamos as pessoas com SA, as famílias e todos os que com eles convivem e necessitam de alguma informação e ajuda na forma como lidar com elas.

Atuamos ao nível do apoio à comunidade escolar através de ações de sensibilização, a que chamamos Projeto Gaivota, mas também a nível familiar, e em todas as atividades que estas pessoas estejam envolvidas e que necessitam seguramente de algum apoio.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Quais são as maiores dificuldades e necessidades da APSA?

APSA - As maiores dificuldades que a APSA sente são em primeiro lugar o facto de representarmos uma minoria, em relação a outras deficiências, em segundo lugar, a SA " Não está na Cara", não é visível, é comportamental o que logo representa uma grande dificuldade pois quando nos deparamos com estas pessoas e com os seus comportamentos muitas vezes bizarros, não entendemos se se trata de falta de educação, ou se de fato é algo estrutural daquela pessoa. Por isso assentamos a nossa ação na sensibilização e divulgação e explicação.

Outras preocupações prendem-se com a sustentabilidade financeira, pois os apoios que recebemos da Segurança Social representam cerca de 23% da nossa receita, juntamente com Receitas das famílias que apoiamos, e o restante é sempre conseguido através de um enorme esforço de angariação da nossa parte.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Quais são as suas principais preocupações (da APSA) relativamente aos direitos e condições das pessoas com Síndrome de Asperger em Portugal?

APSA - Continua a ser a falta de informação e principalmente de formação dos profissionais de saúde e de educação. A primeira leva a um diagnóstico tardio, e uma tardia e deficiente informação aos pais sobre este assunto, a segunda leva a uma enorme dificuldade de integração destas pessoas na comunidade escolar, e quando mal acompanhadas e incompreendidas leva sem dúvida ao insucesso escolar.

O que dificulta e atrasa o desenvolvimento destas crianças/jovens fazendo perder uma boa parte do seu potencial. Também é difícil desde cedo fazer valer os seus direitos e deveres uma vez que quando finalmente se identifica o problema, já existe uma história de perturbação familiar, angústia, ansiedade, que nada ajuda na formação destas crianças e jovens. Por outro lado existe muita desinformação sobre o assunto e também a informação que existe muitas vezes não é devidamente utilizada.

Penso que é cultural esta atitude das famílias, que muitas vezes protelam, o ir "procurar" efetivamente o que se passa com o seu filho. Não é fácil assumir a diferença, mas ela não é um drama. Esta é a verdade, e quanto mais cedo atuarmos melhor para todos, especialmente para as pessoas com SA.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Como vê a inclusão e a integração das pessoas com Síndrome de Asperger em Portugal?

APSA - Claro que ao dia de hoje estes conceitos de inclusão e integração fazem parte da nossa vida, são conceitos sobejamente acolhidos, divulgados e maioritariamente postos em prática. Muito, mas muito foi feito neste campo. Sinto no entanto que poderíamos estar noutra patamar, mais adiante, onde de facto fossem geograficamente e transversalmente uniformes estes conceitos, mas ainda não é assim. Na minha perspectiva não há razão para tal acontecer. As pessoas, principalmente a comunidade escolar, não estão preparadas para acolher e entender estes alunos. Não têm formação, não têm recursos técnicos, não têm recursos financeiros, mas pior do que tudo isto é que muitas vezes nem conseguem identificar o que falta, o que necessitam. Existe uma grande falha na coordenação dos apoios a nível escolar e também uma má gestão de recursos financeiros e humanos, muitas vezes existem demais num sitio onde não são necessários e faltam onde são essenciais. É minha convicção de que esta gestão deveria ser feita a nível autárquico, fazendo um levantamento real dos recursos que existem na própria comunidade, e que possam ser um instrumento na vida destas comunidades escolares, refiro-me aos centros de saúde, às associações de pais e de doentes que podem e devem interagir com toda a comunidade. É urgente criar uma rede de suporte - Escola/Família/Comunidade.

Outra agravante , para a qual a APSA muito tem trabalhado, sendo hoje em dia parte integrante do nosso trabalho, é o facto da escola não preparar os jovens para a sua vida adulta e ativa. Depois da escolaridade obrigatória existe um fosso, que pára o processo de formação. Acaba a escola e não existe a ponte para a continuação de estudos, cursos profissionais, vida ativa emprego, nada. Tudo fica suspenso.

A escola tem por função juntamente com o jovem, a família e a comunidade preparar estes jovens para seguirem em frente sem compasso de espera.

Interromper o processo de aprendizagem e formação destas pessoas com SA, ou outras, é retroceder num processo, onde escola, família e o próprio Estado investiu.

Não queremos pessoas subsidio dependentes, queremos cidadãos ativos, e isso garantidamente os nossos jovens conseguem sê-lo. Continua a faltar a tal Rede entre escola e comunidade. Sinto no entanto uma grande abertura a nível geral, quando conseguimos transmitir este processo e como é que ele se faz, explicando sempre a necessidade de existir um suporte técnico que o acompanhe. Isto dá-me muita esperança para o futuro.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Qual é o papel da sensibilização para uma sociedade mais inclusiva?

APSA - É fundamental e é esta a Missão da APSA, de sensibilização e explicação desta condição, pois só explicando de forma simples, prática e muito positiva, realçando o que realmente estas pessoas têm de positivo e produtivo, e acreditem que é muito, poderemos construir uma sociedade mais inclusiva.

A APSA desenvolve este processo, através do Projeto Gaivota, de seminários, palestras, tradução de livros e artigos de interesse, ligação ao sector da investigação no sentido de apurar o que de novo acontece nesta área, ações de apoio à família e à comunidade em geral.

Se a sociedade perceber que cabe a cada um de nós dar oportunidade a estas pessoas de se revelarem, será sem dúvida mais fácil construir uma sociedade inclusiva. E acreditem que somos nós, os que vivemos de acordo com o padrão, que temos muito a ganhar e aprender.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Onde ou como gostaria de ver a APSA daqui a 20 anos? Isto é, qual é ou quais são as grandes ambições a longo prazo?

APSA - Gostaria que a APSA fosse uma referência Nacional transversal na nossa sociedade, na forma como devemos acolher estas pessoas na nossa vida em sociedade. Agindo sempre como facilitadores para tornar a vida destas pessoas exatamente igual à de qualquer um de nós, sem acentuar as diferenças. Gostaria que a APSA fosse uma referência Nacional, para todas as famílias que têm no seu seio estes filhos, familiares, por forma a terem sempre um porto de abrigo, onde possam recorrer, sem se sentirem estranhas, desprotegidas ou sozinhas.

Gostaria que a APSA fosse uma referência Nacional no apoio às empresas que querem aceitar e abraçar este desafio de integrar profissionalmente estas pessoas com SA, sendo uma consultora especializada na mediação e na capacitação que as empresas necessariamente precisam ter para receber esta nossa população.

EDUCAÇÃO DIFERENTE - Gostaria de deixar alguma mensagem à sociedade?

APSA - Hoje, exatamente num momento em que nos pedem recolhimento, pelo COVID-19, e que tanto nos custa, uma vez que a vida social é para nós crucial... pedem-nos o oposto... vejamos o outro lado... às pessoas com SA, pedimos um imenso envolvimento social para que possam ser Aceites por nós!... a Vida é engraçada! Talvez depois disto sejamos levados a compreender o esforço que eles fazem, através do esforço que nós fazemos agora!

A mensagem que deixo é a de que seria bom aproveitar este tempo de paragem repentina para reformularmos a nossa vida as nossas prioridades, para dar o salto, na forma como nos vemos, como aceitamos o outro, a forma como ensinamos e educamos, fazer valer as novas tecnologias, afinal estamos no século XXI.

É urgente fazer a Diferença na forma como nos adaptamos não só a uma nova forma de vida mas principalmente como nos adaptamos e respeitamos uns aos outros, porque será sempre muito mais o que nos Une, do que as diferenças que nos Separam, e é sem dúvida na diversidade e pela diversidade que nós nos completamos e crescemos como pessoas!



CASA GRANDE

A Casa Grande é um **espaço único e inovador** que capacita pessoas para a autonomia, para a empregabilidade e para a inclusão social e comunitária.

CONHECER para entender
ORIENTAR para desenvolver

INTERVIR para incluir

Temos uma equipa multidisciplinar e com experiência reconhecida na Síndrome de Asperger enquadrada nas perturbações do espectro do autismo

ATIVIDADES DE INTEGRAÇÃO COMUNITÁRIA (AIC)

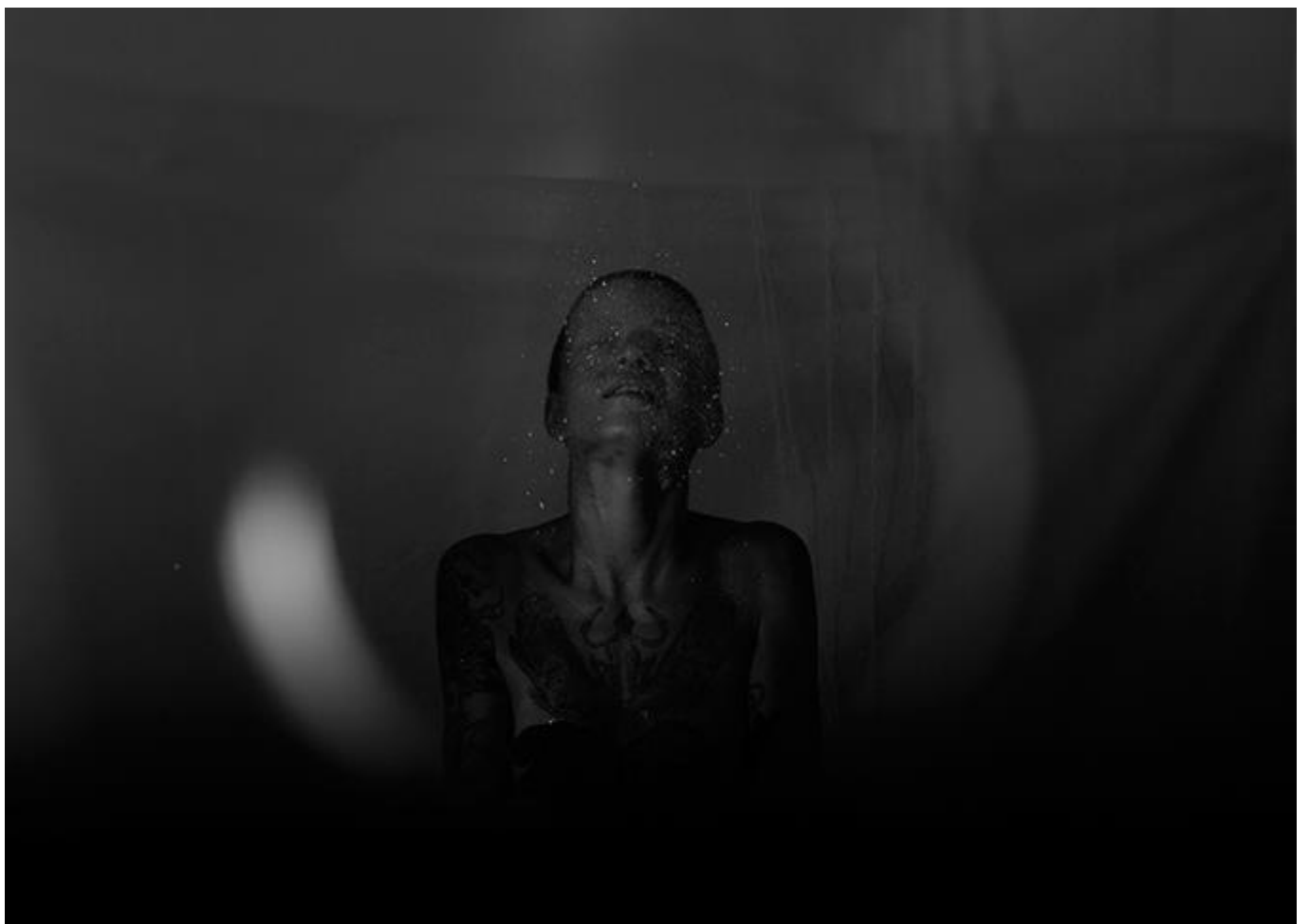
- TREINO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS** (individual e em grupo)
- TREINO DE AUTONOMIA FUNCIONAL** (pessoal (ex.: atar sapatos ou andar com chaves da casa) e comunitária (ex.: andar de transportes públicos, ir ao Multibanco))
- OFICINA DAS DESCOBERTAS** (atividades lúdico-pedagógicas em grupo, muito dinâmicas, em que se trabalha o relacionamento e a reciprocidade)
- ATELIERS TEMÁTICOS** (informática, expressão plástica, música, horticultura e jardinagem, costura)
- ATIVIDADE LABORAL INTERNA** (experiências em departamentos da Casa Grande)
- FORMAÇÃO PARA O EMPREGO** (intervenção ao nível da elaboração de um CV, treino para entrevistas laborais)
- PROGRAMA ESCOLA – COMUNIDADE** (psicólogos mediadores na estrutura escolar a acompanhar o percurso do aluno)
- PROGRAMA EMPREGABILIDADE** (promoção de experiências tendo em vista a descoberta de vocações profissionais e a transição para programas adequados de integração socioprofissional, em parceria com as "Empresas Receptivas")

+ de 16 anos

A Casa Grande destina-se a pessoas com Síndrome de Asperger, enquadrada nas perturbações do espectro do autismo, com + de 16 anos

METODOLOGIA INOVADORA QUE ASSENTA NA MEDIAÇÃO





Um testemunho real

(Justino e um sonho chamado Titá)

Corria o mês de Maio de 1964 e numa aldeia de Barcelos a vida corria normalmente...

Contudo, a família Maciel sentia o mundo que a rodeava de um modo diferente, esperavam ansiosamente a chegada de um novo elemento na família.

Justino Maciel e Ana de Jesus, de 40 anos, esperavam a qualquer momento o nascimento de mais um filho, o seu nono filho. Seria menino ou menina? Teria olhos verdes como a mãe? Cor de avelã como o pai? Ou nasceria mais um(a) loirinho(a) de olhos azuis como dois dos irmãos mais velhos? Eram uma família grande, com filhos muito diferentes... estavam curiosos, mas acima de tudo felizes! Chegava mais um elemento à família, que coroava o amor daquele casal.

Eram sem dúvida um casal muito feliz: amavam-se muito, tinham oito filhos lindos e uma vida que, apesar de regrada e necessariamente bem organizada, era o sonho de muitos.

Até que, no dia 12 de Maio, uma nova filha nasceu! Os irmãos mais velhos esperavam ansiosos, longe dos aposentos onde a criança nascia, que o pai chegasse com a boa nova: "É menino!" – diziam os rapazes ... "É menina!" – afirmavam as raparigas! Justino chegou finalmente para dar a notícia aos filhos: "É uma menina." – disse com o semblante carregado e sem dizer aos filhos que algo de diferente se passava.

Os seus filhos ficaram todos muito felizes. Mas como lhes contaria Justino que esta irmã mais nova, esta bebé tão esperada, era "diferente"? Como iriam eles reagir? O que iria ele próprio fazer? O povo diria que a criança tem um "malzinho": mas que mal é esse?

Justino soube depois que tinha uma filha com Trissomia21, mongolismo, como lhe foi dito. E o que fazer agora? Justino e Ana, juntos num tão grande amor, estavam agora também juntos a iniciar um novo caminho nas suas vidas, caminho este com muitos atalhos, muitos obstáculos... um caminho totalmente desconhecido, que os deixava inseguros, mas no qual urgiam os primeiros passos.

Após uma primeira reacção de choque, frente a tão inesperada alteração em sua família, frente a um futuro totalmente desconhecido... após a dificuldade inicial de interagir com o bebé... após se fecharem na sua dor... finalmente, todos juntos, em família, iniciaram esse caminho.

“No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, tinha uma pedra, no meio do caminho tinha uma pedra...” (Carlos Drummond de Andrade) Cada pedra foi sendo afastada do caminho por todos.

A Titá (assim chamavam carinhosamente os irmãos à sua irmã Assunção) foi crescendo rodeada de muito amor, muito mimo, muito carinho. Uma princesinha muito protegida e querida por toda a família. A rainha do coração de todos! Até aos seis anos viveu no seu “reino” uma infância muito feliz, livre de preocupações e grandes alterações no seu ritmo diário. À parte a sua frágil saúde física, tudo corria bem à “menina dos olhos” desta família.

Até que um dia Justino sonhou...e o “sonho comanda a vida, que sempre que um homem sonha o mundo pula e avança, como bola colorida entre as mãos de uma criança.” (António Gedeão) Justino sonhou... ele queria que este seu pequeno “anjo” aprendesse a voar, a cantar, a ler e escrever.

Até mesmo que conseguisse contar as estrelas no céu” (<http://www.appt21.org.pt.>). Iniciou assim um processo semelhante aquele que já tinha desenvolvido com os seus outros oito filhos: ensiná-los, ele próprio, a ler, escrever e contar. Justino era bancário, profissão à qual os “atalhos” de sua vida o tinham conduzido. Contudo, o seu sonho maior era ser mestre-escola, professor das primeiras letras nos bancos da escola primária, à semelhança do seu velho avô e de dois dos seus irmãos mais velhos.

Seu sonho acabou por ser realizado ensinando todos os seus filhos. Porém o método tradicional de ensino não se mostrou adequado à Titá. Como fazer então? Simultaneamente ao trabalho que desenvolvia em casa com esta sua filha, inscreveu-a numa escola de ensino especial (em Viana do Castelo) onde supostamente a Titá aprenderia e desenvolveria competências básicas e essenciais para sua vida adulta, inclusivamente a ler, escrever e contar. Justino começou a perceber que a escola onde tinha a filha era como um “depósito de deficientes”, que servia para albergar institucionalmente todas aquelas crianças que mais ninguém queria receber.

Justino, revoltado com a forma como “a menina dos seus olhos” estava a ser tratada, pensando (e com razão) que muito mais poderia ser feito por esta sua filha e desistindo do método tradicional de ensino que desenvolvia paralelamente em casa, avançou por um novo caminho. Caminho esse que se verificou ser a “estrada principal” do processo de ensino aprendizagem que desenvolvia com a Titá. “Descobrimo a facilidade com que ela identificava e memorizava figuras, iniciou uma criteriosa recolha de imagens e de letras e ditongos, à máquina e à mão, que ela facilmente associava às meninas e aos meninos representados (...)

Recuemos no tempo: "Estou a organizar um livrinho de figurinhas para ensinar a Maria da Assunção a ler. Os nomes das figurinhas começam pelas letras do alfabeto, abertas e mudas para assim depois começarmos a juntar. Ela já conhece os nomes de todas as figuras, meninos e meninas. Vamos ver se daremos conta desta missão. Se o conseguir dou por terminado o meu sonho: ensinar as primeiras letras a todos vós. (...)"

O sonho do autor, assim expresso num postal de 9 de Fevereiro de 1971 a um dos seus filhos mais velhos, cumpriu-se: antes de nos deixar, pôde experimentar a alegria de ver, mais do que os outros filhos professores, a Titá pronta a concluir com sucesso a escolaridade obrigatória." Maciel, J. (extraído do Livro de Leitura da Titá) Os sonhos de Justino concretizaram-se: ensinou as primeiras letras a todos os seus filhos e, paralelamente ao seu papel de pai, paralelamente ao seu percurso profissional como bancário, conseguiu realizar o seu sonho de ser professor. Como pai e professor encontrou infinitas pedras no seu caminho... pedras estas que poderiam ter sufocado as sementes dos seus sonhos, as sementes da sua esperança. Estas pedras ainda hoje criam, para muitos pais e professores, muros de um processo de exclusão que segrega todos aqueles que por alguma razão são diferentes.

Justino, com o seu espírito desafiador e inconformado foi capaz de transformar a realidade. Perante um percurso pleno de obstáculos, deserto de opções, surge este PAI que remove a pedra que estava no meio do caminho. PAI este que pode ser qualquer um de nós pais e professores, mais ou menos conformados com o percurso que a educação e o ensino especial estão a seguir. Podemos todos ser PAIS: podemos criar, reinventar, inspirar milhares de outras pessoas para lutarem nas veredas deste desafio pessoal e educativo.

Antes de Justino, muitos outros o fizeram... quase sempre motivados por uma força maior. Nós, pais e professores inconformados do século XXI, à luz de todos esses exemplos, desses grandes homens e mulheres que previamente nos desbravaram os caminhos, deveríamos todos adoptar uma postura que marque a diferença. Devemos possibilitar que os nossos filhos, que os nossos alunos, todos eles especiais, com ou sem deficiências, percorram trilhos nunca antes desbravados, que sigam os atalhos do erro construtivo, da dúvida significativa, da curiosidade que os levará ao seu destino. Justino assim o fez. Pouco sabendo de teorias pedagógicas e somente com a 4ª classe, descobriu qual o caminho que levaria a sua filha mais nova a aprender a ler, escrever e contar. A verdade é que Justino com a historinha que criou sobre os amigos Ana, Belisário, Clara, Demócrito... até ao Xenofonte e a Zeferina, conseguiu que a Titá aprendesse a ler e escrever, quando todos os caminhos "possíveis" indicavam que esta não conseguiria completar com sucesso o seu percurso escolar.

Não só aprendeu a ler, escrever e contar, como também se auto-propôs para o antigo exame da 4ª classe e passou com distinção. Mais ainda: passados alguns anos, e após ter estudado conteúdos temáticos associados ao 2º ciclo do ensino básico com o apoio de todos os seus irmãos já professores, tornou a se auto-propor a exame da antiga escola preparatória (2º ciclo) e mais uma vez foi aprovada a todas as disciplinas.



A Titá, por ela própria, não quis estudar mais com o objectivo de se propor a exames. Continua a estudar, mas só por gosto e por paixão pessoal por certas temáticas. “Agora estudo só para mim!” – diz com orgulho.

A Titá é a minha tia mais nova, irmã da minha mãe. Justino é o meu avô materno que, onde quer que esteja, está sempre a dar-me força para lhe seguir as pisadas: como mãe e como professora! Vou tentar desenvolver um material de apoio educativo, no âmbito da pós-graduação que estou a tirar, que ajude pedagogicamente crianças com Trissomia 21.

Vou tentar como mãe de uma criança também muito especial, afastar-lhe as pedras do caminho, deixando que os acontecimentos da sua vida germinem ao ritmo que ele precisar. Vou tentar... vou tentar acreditando sempre que é possível conseguir!

Cláudia Carvalho

Equoterapia e Psicologia Comunitária: A Possibilidade de Integração Social em um Centro de Equoterapia

Introdução

Meu interesse pela Equoterapia se dá devido a minha proximidade com cavalos; desde os seis anos de idade estou envolvida no meio hípico através de minha formação como amazona de hipismo clássico. Ingressei na Faculdade de Psicologia da PUCRS no ano de 1998. Durante o ano de 2001, realizei estágio em Equoterapia e em Dezembro concluí o Curso Básico de Equoterapia ministrado pela ANDE-Brasil. Conviver com os praticantes de Equoterapia e suas famílias atentou-me para a necessidade de obter informações sobre a realidade dos portadores de necessidades especiais (PNE), sobre pessoas com doença mental e como deve atuar o psicólogo neste contexto.

Entende-se como praticante "a pessoa portadora de deficiência e/ou com necessidades especiais quando em atividades equoterápicas. Nesta atividade, o sujeito do processo participa de sua reabilitação, na medida em que interage com o cavalo"

(Fundamentos Doutrinários da Equoterapia no Brasil, cap.2, in ANDE 2001).

"O deficiente mental não é inferior aos outros. Os outros não são mais do que o deficiente. Não se comparam seres humanos. Cada um é uma realidade única, pessoal com toda a sua história a ser lida, entendida e respeitada" (RAIÇA e BAPTISTA DE OLIVEIRA, 1990, P.19 apud SANTOS, 1997, P.138).

Objetivos:

Este trabalho visa:

- Observar a Equoterapia como auxiliar na integração social dos praticantes bem como de seus familiares.
- Preparar o praticante a partir do manuseio com os cavalos para realização de atividades socialmente úteis e produtivas.
- Verificar o papel que a Psicologia desempenha em relação a esta realidade.

A Psicologia Social Comunitária

Surge, no Brasil, na década de 60 como forma de deselitizar a psicologia tendo como objetivo trabalhar com comunidades de baixa renda em busca de uma melhor qualidade de vida. O campo de trabalho, com o tempo, foi se ampliando para creches, postos de saúde, setor judiciário e sistemas de promoção de bem-estar social onde o psicólogo lança mão do desenvolvimento de instrumentais de análise e intervenção de acordo com as características específicas desta clientela.

Campos (1996), coloca também que a partir do levantamento de necessidades deste grupo específico há a possibilidade de se utilizar métodos e processos de conscientização que estimulem os sujeitos a construir sua própria história, a terem consciência dos determinantes sócio-políticos de sua situação e a atuarem na busca de soluções para seus problemas.

A Psicologia Social Comunitária é um campo de trabalho interdisciplinar comprometido política e socialmente com o desenvolvimento de saberes e práticas que possibilitem o estabelecimento de relações igualitárias e emancipatórias através da dialógica. Tem como objeto de estudo a subjetividade, cuja construção se dá concretamente a partir das relações sociais cotidianas. A prática se estrutura fora do ambiente tradicional, em intervenções que facilitem transformações das experiências de dominação e desigualdade, a ponto de estabelecer relações conscientes, críticas e ativas. (Campos, 1996) Verificamos que os praticantes que limpam, encilham e guiam os cavalos sentem-se gratificados e felizes ao concluírem suas tarefas. Segundo Alícia Fernández, os comportamentos não instintivos, isto é, os que requerem uma aprendizagem (encilhar, guiar, etc.) são processos construtores de autoria "o essencial do aprender é que ao mesmo tempo se constrói o próprio sujeito" (Fernández, 2001, p.31 e 35).

Tal transformação implica uma abordagem metodológica que privilegie a atividade, a consciência e a ética da solidariedade, motivo pelo qual a observação e a pesquisa participantes são utilizadas para efetivar *o planejamento e a execução de programas de transformação da realidade vivida* (Campos, 1996, p. 11). Conclui-se assim, que a produção do conhecimento se dá a partir do diálogo entre o saber popular, o saber acadêmico e o contexto nos quais estes saberes se inscrevem. O conhecimento produzido dessa forma garante a coordenação de ações coletivas de enfrentamento do instituído na realidade, a partir da síntese das percepções do pesquisador e daquela comunidade específica.

A Integração Social na Equoterapia

"Os deficientes são pessoas antes de tudo...e têm o mesmo direito à auto-realização que quaisquer outras pessoas – no seu ritmo próprio, à sua maneira e por seus próprios meios. Somente eles podem superar a si mesmos" (BUSCAGLIA, 1993, P.29 apud SANTOS, 1997, P. 115).

A sociedade deve reconhecer o portador de necessidades especiais como um ser humano com os mesmos direitos e obrigações dos demais. Ele deve ser acolhido pela família e se sentir capaz de se preparar através da educação para o trabalho, para a interação e a adaptação psicológica à integração.

Segundo Clemente Filho (1977) a integração pressupõe interação, reciprocidade de ação, troca de atividades; é preciso que o "deficiente" que recebe amparo e proteção dê em troca pelo menos esforço, senão trabalho e produção, socialmente úteis.

Isto, em nosso Centro de Equoterapia, podemos verificar através da realização e felicidade que os praticantes expressam ao se sentirem úteis e "normais" trabalhando no manuseio dos cavalos como qualquer outra pessoa. Neste espaço, eles desempenham o papel de equipe de apoio (auxiliar-guia, auxiliar-lateral e tratador). Para haver uma integração devemos analisar todos os aspectos desta relação: o portador de necessidades especiais, sua família e comunidade. Se há o desejo do praticante e de sua família em realizar estas atividades nós fazemos um acordo quanto à carga horária, funções, etc. O praticante recebe informações e supervisão constante da equipe do local para um bom desempenho de sua função.

A partir da escolarização é que os vínculos com alguém fora da família começa a existir. Até então a criança se relacionava apenas com os cuidadores. A importância deste relacionamento entre infantes torna-se maior, fato que não se observa com os deficientes. Há uma diferença entre amigos e parceiros, este só junta para realizar atividades como a de brincar, àquele é que a criança escolhe para estar com ela para além da escola.

O deficiente normalmente têm parceiros, suas limitações o impedem de expandir a relação para além do ambiente escolar. Mas em alguns casos a amizade é possível, a partir da prática no CEPA, percebemos que alguns praticantes ampliam este laço para além do espaço da Equoterapia. Alguns praticantes freqüentam a casa uns dos outros, encontram-se fora do CEPA, transformando uma parceria em amizade.

As Famílias Envolvidas no Processo

"quando nasce uma criança deficiente, a sociedade modifica as suas condutas: ninguém envia cartões de parabéns, não há prendas; há choros, emotividades provincianas e culpabilidades hereditárias inconscientes que 'dramatizam' ainda mais a situação" (FONSECA, 1991, P.11 apud SANTOS, 1997, P. 145).

Desde o momento da concepção a história do bebê começa a ser traçada, esta "pré-história" nos mostra os desejos inconscientes do casal, tanto em relação a querer ter o filho ou não tê-lo. A sociedade espera uma imagem de jovens bonitos, sadios, inteligentes, enfim, alguém de quem se orgulhar. "De repente, aquele sonho infantil termina, repentinamente o casal se vê diante de uma realidade dolorosa demais: eles não geram um superbebê, mas uma criança da qual, a princípio, não vêem motivo para se orgulhar" (SANTOS, 1997, p. 147). De fato, a notícia é avassaladora, mesmo quando dada

com cuidados, surgem questionamentos de culpa, dúvidas quanto ao futuro e por exemplo estas perguntas surgem aos pais: Aonde foi que eu errei? Porque tinha que acontecer comigo? O que será de mim? O que será de meu filho quando eu morrer?

Após a descoberta que o bebê não se desenvolve como as outras crianças e que ele necessitará de cuidado permanente pressupõe-se muitas mudanças na organização familiar como aspectos econômicos, sociais e pessoais (emocionais) a fim de adaptar-se a nova realidade. A família passa então pela dor do luto do filho desejado e assim deve elaborar esta perda para reconhecer o filho gerado. Sobre esta criança os pais têm o direito de serem informados quanto às reais condições e possibilidades futuras (BUSCAGLIA apud SOUZA e MADUREIRA in ANDE, 2001).

Santos (1997) coloca que as famílias com maior poder aquisitivo tendem a envergonhar-se mais do filho devido às expectativas de um bom desempenho. Assim elas investem mais na estimulação precoce e no acompanhamento médico. Eles também dão ênfase no desenvolvimento do senso de responsabilidade e às aquisições de conhecimento individual. Já as famílias economicamente mais pobres preocupam-se mais em poder nutrir este bebê e sustentá-lo com abrigo e vestimentas. Muitas vezes não têm condições de levar o filho ao posto de saúde para fazer um exame.

A integração entre as famílias de portadores de necessidades especiais pode se dar através dos locais freqüentados por estes como: fonoaudiólogo, fisioterapeuta, escolas especiais, oficinas protegidas, natação, equoterapia, etc. Nestes encontros há a troca de experiência que pode auxiliar a aliviar angústias pois podendo compartilhar as dificuldades, temores e dúvidas

sobre o familiar especial, assim algum conforto é obtido. Freire (1999), ressalta que a família reage de duas maneiras distintas, ou ela superprotege a criança, ou ela a desqualifica. Esta última, provoca uma redução das possibilidades e perspectivas de futuro que tendem a aumentar o grau de dependência. Desta forma o feedback negativo se cria fechando um círculo vicioso e patológico.

Na equoterapia, ao introduzir o cavalo este forma uma triangulação (praticante- cavalo- pais) que permite à família a visualizar o deficiente como separado dela e assim descobre-se capacidades não percebidas deste indivíduo. Redefinir as relações familiares auxilia na adequação dos comportamentos por parte do deficiente pois o círculo vicioso patológico pode ser interrompido. De acordo com Gavarini apud Freire (1999), a equoterapia favorece a integração social pois estimula o contato com outros praticantes, com seus familiares, com a equipe e com o animal.

Desta forma aproxima o deficiente da sociedade a qual ele faz parte.

O espaço da Equoterapia é visto pelas famílias como um local que vai além de uma terapia para seus filhos, é uma possibilidade de conviver junto à natureza que facilita as relações interpessoais. Geralmente as mães e acompanhantes terapêuticos são as pessoas que permanecem como praticante durante suas atividades semanais. No CEPA há atividade aos Sábados pela manhã, então percebemos uma maior participação do pai nas atividades.

Conclusão

São diversas as dificuldades enfrentadas pelos PNE, deficientes e/ou doentes mentais e seus familiares de se relacionarem socialmente. Além das barreiras físicas (rampas de acesso), as barreiras do preconceito dificultam sua integração em sociedade. A possibilidade desta integração ocorrer dentro de um Centro de Equoterapia reforça o papel de psicólogo frente a esta realidade.

Percebemos que nos finais de semana ocorre a participação dos demais integrantes da família (pais, irmãos, avós, primos e amigos da escola). Nesta ocasião, há interação entre familiares e equipe, criando a oportunidade de trocas de experiência, de saberes e de sentimentos ratificando ser este um espaço para a atuação da Psicologia Comunitária.

O psicólogo é o profissional preparado para esclarecer aos outros profissionais da equipe o que se passa com a família e com o praticante que é atendido, permitindo a otimização da dinâmica interdisciplinar.

Para os praticantes a possibilidade de trabalhar com os cavalos os faz sentir úteis e mais responsáveis contribuindo assim para sua inserção na sociedade. Isto o integra socialmente e o faz reconhecer-se como indivíduo. Desta forma, a Psicologia Social Comunitária tem o seu papel de ampliar esta consciência com o auxílio da Equoterapia que é um espaço facilitador de relações sociais e interpessoais igualitárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDE-BRASIL (Associação Nacional de Equoterapia). Polígrafo do 40º Curso Básico de Equoterapia. Coordenação de Ensino e Pesquisa e Extensão – COEPE. Brasília, Dez./2001.
- CAMPOS, REGINA (Org). *Psicologia Social Comunitária: Da Solidariedade à Autonomia*. Petrópolis, RJ, 1996.
- CLEMENTE FILHO, A. S., *Participação da comunidade na integração do deficiente mental*. departamento de documentação e divulgação. Brasília, 1977.
- FERNÁNDEZ, Alícia. *O Saber em Jogo: A Psicopedagogia Propiciando Autorias de Pensamento*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- FREIRE, HELOISA B. *Equoterapia teoria e prática: Uma experiência com crianças autistas*. Campo Grande- MS: Vetor Editora Universidade Católica Dom Bosco, 1999.
- SANTOS, ROSÂNGELA. *Vivências e sentimentos dos familiares do deficiente mental: expectativa escolar e profissional*. Dissertação de mestrado em educação. PUCRS. Porto Alegre, 1997.

Renata de Souza Zamo

Acessibilidade Web: 7 Mitos e Um Equívoco



Os mitos na acessibilidade web.

No meu trabalho com **acessibilidade web**, tenho me deparado com mitos que, por não terem suas verdades decifradas, são reproduzidos e compreendidos no seu sentido literal, o que tem prejudicado bastante o nosso progresso. Eles não aparecem como narrativas de histórias, mas como afirmações pseudocientíficas, que confundem a mente daqueles que ainda não adquiriram um profundo conhecimento do assunto.

Após sete anos de convivência com esses mitos, creio que chegou a hora de sistematizá-los e compartilhá-los com todos aqueles que se interessam pelo tema.

Cada mito apresentado será, primeiramente, confrontado com a realidade objetiva, que é, como veremos, muito diferente do que o mito afirma. Em seguida, tentarei explicitar o que entendo ser a verdade oculta encerrada no mito. Neste caso, como a verdade é sempre um temor, será chamada de "temor oculto". Finalmente, tentarei oferecer uma resposta a esse temor, que será chamada de "esclarecimento".

O que é um mito?

Os mitos são narrativas (este é o sentido da palavra original grega) , que são reproduzidas (imitadas) até se tornarem coletivas.

Aristóteles, em sua Poética, nos diz que "O imitar é congênito no homem ... e os homens se comprazem no imitado." Os mitos não se baseiam na experiência empírica nem científica, baseiam-se na intuição. E aí está a sua força, pois a intuição encerra sempre uma verdade. Porém a verdade do mito não está aparente, precisa ser decifrada.

Quando, por exemplo, digo que determinada mulher é uma Atena, não quero dizer (como no mito da deusa) que ela não foi gerada no ventre de sua mãe, mas dentro da cabeça de seu pai, de onde saiu prontinha, com armadura e tudo! Estou querendo dizer que ela é uma mulher guerreira, racional e bastante identificada com o modo de pensar masculino. A verdade de um mito, portanto, não é literal, é simbólica. é por este motivo que muitos o confundem com mentira, ilusão, lenda e fantasia. Eles são exatamente isto, se forem considerados no seu sentido literal.

Os mitos na atualidade.

Uma característica dos mitos modernos é que, ao contrário dos mitos gregos ou indígenas, eles não se referem à totalidade da existência humana, mas a temas específicos, como a sensualidade, a juventude, o corpo saudável, o poder, etc. E, como sua base inconsciente não está na razão e sim na emoção, eles são largamente utilizados na propaganda e na política.

Mito I.

"Acessibilidade Web é só para deficientes visuais."

Realidade: Pessoas cegas ou com baixa visão são terrivelmente prejudicadas pela falta de acessibilidade, pois, na maioria das vezes, elas não têm outra forma de obter a informação, a não ser através da internet. Mas não são elas as únicas que necessitam de acessibilidade.

Acessibilidade web é para...

... Quem tem dificuldade para

ver a tela,

usar o mouse,

usar o teclado,

ler um texto,

Ouvir um som,

navegar na internet;

... Quem usa um navegador diferente;

... Quem usa um equipamento muito antigo;

... Quem usa um equipamento muito moderno;

... Quem tem uma linha de transmissão muito lenta;

... Quem está num ambiente ou situação que limita alguns dos seus sentidos ou movimentos, ou que requer a sua atenção.

Enfim, **acessibilidade web é para todos!**

Temor oculto: *"Imagina o trabalho que vai dar, fazer acessibilidade para todo mundo!"*

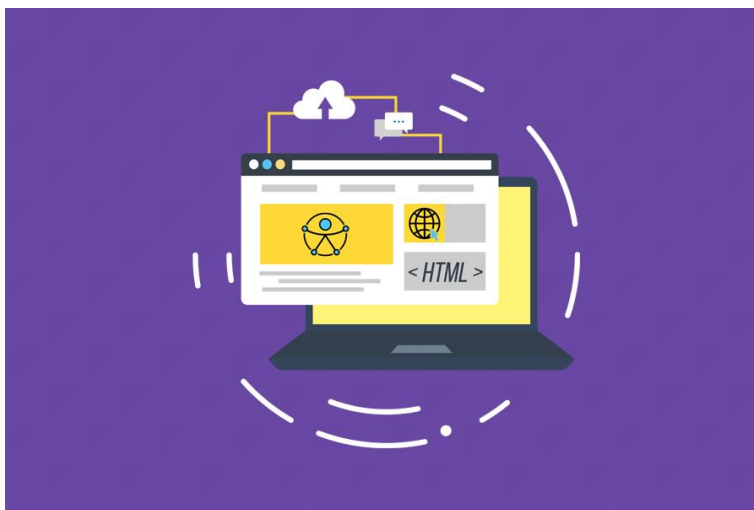
Esclarecimento: Quando seguimos uma diretriz de acessibilidade, estamos atendendo simultaneamente a vários tipos de necessidades. Por exemplo, atender a três tipos de deficiências não significa trabalho triplicado. Note-se que este mito está tão profundamente arraigado em nossa cultura, a ponto de aparecer expressamente no Decreto 5296, o qual estabelece, em seu Artigo 47, que "No prazo de até doze meses a contar da data de publicação deste Decreto, será obrigatória a acessibilidade nos portais e sítios eletrônicos da administração pública na rede mundial de computadores (internet), para o uso das pessoas portadoras de deficiência visual, garantindo-lhes o pleno acesso às informações disponíveis."

Mito II.

"Na prática, o número de usuários beneficiados com a acessibilidade é relativamente muito pequeno."

Realidade: A maioria das pessoas que conhecemos não tem nenhuma deficiência e nunca esteve em nenhuma das situações especiais descritas acima. Mas isso não quer dizer rigorosamente nada a respeito da quantidade dessas pessoas e situações. Por exemplo, quantos tailandeses você conhece que usam a internet? Será que você poderia concluir, então, que são muito poucos os tailandeses que usam a internet? Nossa visão da realidade é sempre distorcida, pois tendemos a nos aproximar e conhecer somente aquilo que nos é semelhante.

Temor oculto: *"Esse negócio de acessibilidade é muito investimento para pouco retorno."*



Esclarecimento: Quando tornamos o nosso site acessível, além de atingirmos os usuários da internet que não nos podiam acessar devido às barreiras encontradas, também estamos criando condições para que novas pessoas se animem a usar a internet; ou seja, estamos ampliando o nosso mercado. Além disso, estamos aumentando a visibilidade do site para os buscadores web, pois, assim como as pessoas cegas, eles também só conseguem ler o que está em texto.

Mito III.

"Fazer um site acessível demora e custa caro."

Realidade: Geralmente, afirmações como esta são proferidas sem nenhuma avaliação prévia. Contudo, só podemos saber se o tempo e o custo do nosso projeto são adequados, se levarmos em conta os benefícios alcançados.

Temor oculto: *"Não estarei empregando mal os recursos que tenho, ao fazer acessibilidade? Não vou ficar no prejuízo?"*

Esclarecimento: Quebrar todas as escadas de um prédio para colocar rampas e todos os banheiros para torná-los acessíveis vai demandar um tempo e um custo adicionais; mas vai permitir o acesso por muito mais pessoas. Porém, se o prédio for projetado com rampas e banheiros acessíveis, o custo e o tempo de construção não serão maiores por isso. O mesmo acontece com os sites. Algumas adaptações são trabalhosas, mas o resultado vale a pena; e quando se trata de um novo projeto, o custo adicional geralmente não existe.

Mito IV.

"É melhor fazer uma página especial para os deficientes visuais."

Realidade: Isto é melhor para quem? Os webdesigners terão trabalho dobrado, para criação e manutenção de duas páginas. Os deficientes visuais ficarão prejudicados, pois o que invariavelmente acaba acontecendo é que a página deles fica desatualizada. Sem falar naquelas páginas especiais, que já são projetadas com menos funcionalidades do que a das "pessoas normais". Além disso, o site continuará inacessível para todos os outros tipos de deficiências, necessidades ou situações especiais.

Temor oculto: *"A gente não vai conseguir fazer uma página acessível, que seja tão bonita e funcional como a nossa."*

Esclarecimento: A partir de 1998, com a promulgação da Section 508 (lei americana de acessibilidade), as grandes empresas de software começaram a investir em acessibilidade. Atualmente, os recursos de acessibilidade disponíveis já nos permitem criar sites bonitos, funcionais e acessíveis. Obviamente, para se obter um bom resultado, a técnica de acessibilidade, como qualquer outra, precisa ser aprendida.

Mito V.

"Um site acessível a deficientes visuais não é bonito."

Realidade: Pessoas cegas não têm condições de usufruir da maioria dos atributos visuais de um site. Porém, os elementos que tornam um site esteticamente bonito não atrapalham as pessoas cegas, se forem criados dentro dos padrões de codificação, das diretrizes de acessibilidade e se a página tiver uma boa arquitetura de informação.

Temor oculto: *"Só sei fazer sites bonitos usando tecnologias inacessíveis; de fato, não sei exatamente quais são os elementos visuais que atrapalham a acessibilidade. Por isso, quando tenho que fazer um site acessível, faço sempre o arroz com feijão."*

Esclarecimento: Sites acessíveis a deficientes visuais podem ter imagens, fotos, vídeos, gráficos, etc, etc... Basta observar os padrões de codificação e as diretrizes de acessibilidade; e nenhuma delas proíbe essas coisas. Os testes com usuários, além de fazerem parte das boas práticas de um projeto, sempre ajudam a desmistificar essa questão.

Mito VI.

"Vamos por partes: primeiro fazemos o site, depois fazemos acessibilidade."

Realidade: Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo, precisamos priorizar. Porém, inaugurar o prédio com escadas e depois quebrar tudo para colocar rampas não é priorização, é desperdício de tempo e recursos. E é exatamente isto que acontece com um site, quando deixamos a acessibilidade para depois. Vamos ter que refazer muita coisa que já poderia ter sido feita com acessibilidade, sem custo adicional.

Temor oculto: *"Não vamos conseguir fazer um site acessível, com o tempo, os recursos e a equipe que temos."*

Esclarecimento: Como acontece com qualquer tecnologia, geralmente o primeiro projeto acessível demanda um tempo e um custo maior, porque precisamos de capacitar a equipe. Mas isto acontece apenas no primeiro projeto, além de ser um bom investimento em termos de ampliação do público alvo.

Mito VII.

"A gente sabe o que é bom para o usuário."

Realidade: A gente aprende muito sobre o usuário com a experiência. Mas a gente só aprende tudo sobre o usuário, se a gente for o próprio usuário; ainda assim, agente vai ser apenas um dos vários tipos de usuários possíveis, deixando de fora todos os outros grupos.

Temor oculto: *"Não quero expor meu projeto às críticas do usuário."*

Esclarecimento: Quanto mais cedo os usuários puderem dar seus "palpites" no projeto, menos alterações ele precisará depois e mais robusto ele será. Não tenha medo!

Um Grande Equívoco.

Existe uma oitava assertiva, que não é exatamente um mito, nem se refere apenas à acessibilidade. Trata-se de uma convicção equivocada, proveniente da falta de conhecimento da repercussão da web, do seu impacto na vida das pessoas e na forma como a informação é veiculada nos dias de hoje. Apesar de não ser um mito, podemos detectá-la como um pensamento subjacente em quase todos os mitos descritos anteriormente. A assertiva é a seguinte:

"Meu site é direcionado a um público específico; ele não interessa a todos os grupos de usuários."

Para entendermos onde está o equívoco, precisamos analisar primeiro o que é "público específico" e o que são "grupos de usuários".

Normalmente, quando falamos que o nosso site se Dirige a um público específico, estamos nos referindo ao conteúdo do site e estamos querendo dizer que tal conteúdo só tem interesse para uma determinada parcela do público em geral. Sabemos, por exemplo, que o público alvo de um site de notícias, ou de um serviço público, é muito diferente do público alvo de um site de tricot, ou de paleontologia. Contudo, isto é muito diferente do conceito de grupos de usuários, utilizado em acessibilidade e em usabilidade. Neste caso, estes grupos não se referem ao conteúdo da informação, mas às características de funcionalidade dos usuários. Muitas destas características foram descritas anteriormente, na análise do Mito I.

O equívoco acontece, quando associamos grupos de interesses a grupos de funcionalidades. A experiência nos mostra que esta associação é muito mais tênue do que parece. Vejamos alguns exemplos:

Um homem com baixa visão que entra no site de um fabricante de automóveis, para escolher um modelo para a sua mãe.

Uma jovem surda que entra numa loja virtual de CDs, para escolher um presente para o seu namorado.

Um menino de 11 anos que entra num site direcionado à terceira idade, para pegar uma informação para a sua avó.

Uma estudante cega que entra numa livraria virtual, para comprar livros que serão escaniados por ela própria e lidos com o seu programa leitor de telas.

Portanto, quando restringimos o acesso do nosso site ao que julgamos serem as características do seu público alvo, estamos, na prática, usando a internet para limitar o nosso público, ao invés de ampliá-lo.

Lêda Spelta

Geração Saudável

A Geração Saudável é um projeto de Promoção e Educação para a Saúde, desenvolvido pela Secção Regional do Sul e Regiões Autónomas (SRSRA) da Ordem dos Farmacêuticos, cujos objetivos primordiais são contribuir para a promoção da saúde dos jovens nas escolas, educar e estimular a adoção de estilos de vida saudáveis, alertar para a ocorrência de possíveis patologias, dar a conhecer a importância da prevenção em saúde e integrar os diversos profissionais de saúde, estabelecendo uma colaboração mútua na educação dos jovens.



O Projeto contempla a realização de diversas atividades onde jovens farmacêuticos e estudantes do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com formação prévia e adequada aos conteúdos, ministram formações às crianças e jovens, com o apoio, sempre que possível, de um autocarro interativo, e de uma carismática mascote, o GS. O público-alvo são os alunos do 2º ciclo, com integração pontual de alunos do 1º e 3º ciclos, sendo os professores, familiares e a população em geral um público-alvo secundário.

A promoção da Saúde Pública e prevenção da doença constituem prioridades estratégicas do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e respetiva extensão a 2020. Neste sentido, o projeto Geração Saudável assume uma importância acentuada e com enorme responsabilidade social associada.

Com a colaboração da Ordem dos Farmacêuticos

Mais informações:

Geração Saudável - <https://www.geracaosaudavel.org/>

Ordem dos Farmacêuticos - <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/>

Síndrome de Apert

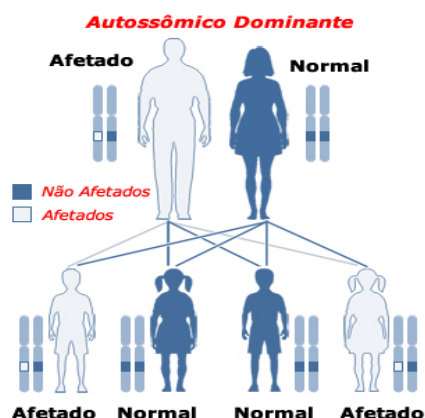


A síndrome de Apert é uma desordem genética que causa desenvolvimento anormal da caixa craniana - extremamente rara e descrita pelo Médico E. Apert em 1906.

Causas

A síndrome de Apert é causada por uma rara mutação num único gene (FGFR2) - responsável pelos fatores de crescimento dos fibroblastos. Os fibroblastos orientam a união dos ossos num determinado momento do seu desenvolvimento.

Em quase todos os casos, a síndrome de Apert é um acidente genético que ocorre durante a gestação. Pode ser de origem hereditária, ligada a um gene autossômico dominante ou ser uma nova mutação esporádica. As causas que produzem essa mutação genética são desconhecidas.



A síndrome ocorre em cerca de 1 para cada 100 a 160 mil nascimentos. Especialistas atribuem o acidente genético à idade avançada dos pais.

Características

O crescimento anormal do crânio e da face na síndrome de Apert produz os seguintes sinais e sintomas:

- Uma cabeça longa, com testa alta;
- Olhos distantes um do outro e esbugalhados (muitas vezes as pálpebras não se fecham apropriadamente);
- Face afundada;
- Pobre desenvolvimento intelectual (em algumas crianças);
- Apneia do sono obstrutiva;
- Infecções no ouvido ou perda de audição;
- Fusão anormal dos ossos das mãos e dos pés (mãos ou pés de pato - sindactilia);
- problemas cardíacos, gastrointestinais ou no sistema urinário.

Pode haver uma ampla variação de sintomas entre as crianças com síndrome de Apert - algumas severamente atingidas pela doença e outras medianamente. Os especialistas ainda não sabem explicar como uma mesma mutação genética pode resultar em tantas variações no prognóstico da síndrome.

Diagnóstico

Os médicos suspeitam que o bebê é portador da síndrome já no nascimento, devido à sua aparência. Testes genéticos geralmente identificam a síndrome, ou outra causa que possa estar relacionada com a formação anormal do crânio, como a síndrome de Crouzon.

Além dos testes genéticos que confirmam o diagnóstico da síndrome de Apert, o acompanhamento clínico envolverá radiografias e tomografias da caixa craniana e exames para verificar periodicamente as condições cardíacas, renais, gastrointestinais, entre outras...

Intervenção

Esta síndrome não tem cura. Contudo, pode recorrer-se à cirurgia para corrigir as conexões anormais entre os ossos.

As crianças com síndrome de Apert normalmente requerem cirurgias para alívio das fusões cranianas anormais para que tenham hipótese de que o cérebro se desenvolva normalmente. É imperioso que esta cirurgia seja realizada o mais rápido possível, para que o desenvolvimento intelectual da criança não seja afectado.



Outros tratamentos da síndrome de Apert incluem a utilização de colírios para os olhos; pressão positiva continuada das vias respiratórias; antibióticos para tratar as ocorrências de sinusites e otites infecciosas; traqueostomia cirúrgica (colocação de um tubo respiratório no pescoço); cirurgia para colocação de tubos no ouvido; etc...

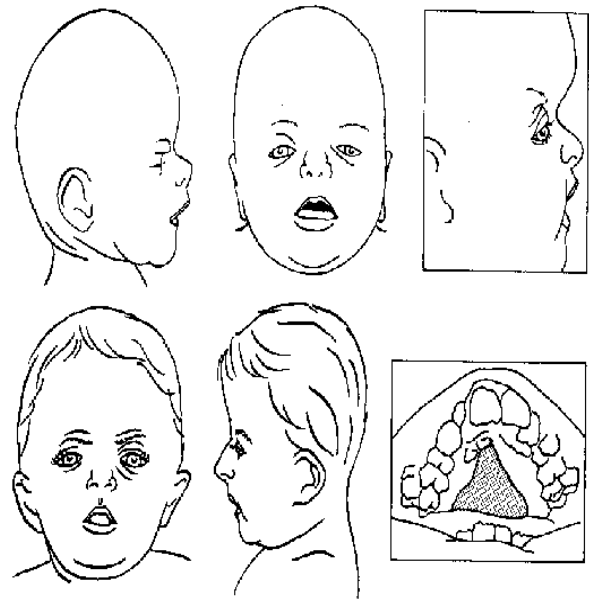
Cerca de 4 entre 10 crianças afectadas pela síndrome de Apert que cresceram num ambiente familiar saudável alcançam um quociente de inteligência (QI) normal. Entre as crianças criadas em instituições, apenas 1 em 19 atinge um QI normal.

Crianças com síndrome de Apert e outras condições semelhantes que têm QI normais não parecem ter um risco aumentado de problemas comportamentais ou emocionais. No entanto, elas podem necessitar de apoio social e emocional adicional para ajudar a lidar com sua condição.

Crianças com síndrome de Apert com QI mais baixo, muitas vezes têm problemas comportamentais e emocionais.

- Turribráquicefalia
- Sindactília
- Hipertelorismo
- Hipoplasia del maxilo facial medio/mandíbula prominente.

Síndrome de Apert



Turribráquicefalia con huesos frontales altos, inclinados y planos, nariz pequeña y contraída, estrabismo, proptosis ocular, inclinación antimongoloide de las hendiduras palpebrales, aplanamiento de la parte media de la cara; paladar ojival, con maloclusión dentaria



Diversos grados de sindactilia de los dedos de las manos y de los pies

A expectativa de vida varia entre as crianças afectadas pela síndrome de Apert. Aquelas que sobrevivem à infância e não tem problemas cardíacos podem ter uma normal (ou quase normal) esperança de vida.

O aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e dos cuidados paliativos tem contribuído bastante para o aumento da esperança de vida dos indivíduos afectados pela síndrome de Apert.



Orientação Sexual: experiência com um grupo de crianças especiais internamente a uma Instituição Reabilitativa

Introdução

Ao entrar no Centro pedagógico e reabilitativo Recanto Nossa Senhora de Lourdes percebeu-se a necessidade de trabalhar os fenômenos da sexualidade presentes de maneira desorientada e insistente entre jovens portadores de necessidades especiais, com idades variando de 14 à 18 anos, que estavam trazendo muitos transtornos às educadoras, pais e influenciando negativamente aos mais jovens. Os jovens estavam interessados em seu corpo e no corpo do outro, sentiam prazer no jogo e descoberta sexual e estavam sendo muito influenciados por um programa de TV em particular, que expunha de maneira grosseira a sexualidade, sem orientá-la. Como trabalhar o tema da sexualidade com crianças portadoras de necessidades especiais de maneira adequada? Como trabalhar tal temática com os pais, que se omitiam nesta tarefa mas também se incomodavam com a possibilidade de um grupo de orientação sexual com seus filhos? Que abordagens e materiais didáticos utilizar para realizar tal tarefa sendo ela carregada, ainda hoje, de muito preconceito e puritanismo na área social, educacional e mesmo na saúde?

Estas e outras questões pretende-se responder neste relato que narra a implementação bem sucedida de um grupo de orientação sexual para jovens portadores de necessidades especiais e orientação à pais e educadores.

A Instituição e seu público

O Centro de Reabilitação "Recanto Nossa Senhora de Lourdes" é uma entidade sem fins lucrativos, que atende em período integral crianças portadoras de Deficiência Mental (leve ou moderada) ou Síndromes Genéticas (por exemplo: Síndrome de Down, Síndrome do X-Frágil e outras), com idades entre 6-18 anos, previamente avaliadas e aprovadas pela equipe ambulatorial do centro. O Ambulatório é aberto ao público com profissionais de neuropediatria, psiquiatria, fisioterapia, psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, e terapia ocupacional para avaliação e tratamento da população atendida. No centro as crianças participam de programas educacionais, oficinas, passeios, atividades lúdico-recreativas e projetos terapêuticos elaborados singularmente para cada criança. A missão da instituição é promover o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes portadores de deficiência mental e/ou sensório-motora, favorecendo sua inclusão na vida social, cultural e laborativa na comunidade, fomentando a sensibilidade social de atenção, respeito e garantia dos direitos dos portadores de necessidades especiais. De acordo com a idade e o grau de desenvolvimento, são formados grupos com objetivos e atividades pedagógicas que estimulam dia a dia as habilidades e potencialidades de cada criança (MENDES & SCHUBERT, 2006).

A importância da orientação sexual na grade curricular das escolas e instituições

A importância da educação sexual ou de espaços aonde isto possa ser conversado de forma espontânea e séria, já é sabida por todos, principalmente em tempos de globalização, DST e Aids.

Desde as descobertas de Sigmund Freud publicadas em nos anos 1900 -1915, a sexualidade infantil deixou de ser algo obscuro ou motivador de medo e escândalos - ao contrário, o neurologista austríaco pontuou como seria saudável abordar isso com as crianças e jovens sempre que as questões surgissem.

Muitos profissionais da saúde e pensadores (SUPLICY, XAVIER-FILHA, PAULA,MAIA, por exemplo) atualmente confirmaram tal hipótese e argumentaram a importância de educação sexual para o desenvolvimento cultural, preventivo e saudável da população de forma geral. Porém, percebe-se que apesar de saber da importância dos espaços de debate e orientação, o sistema educacional e sistema de saúde brasileiros ainda apresentam muita dificuldade em lançar programas, palestras, aulas que abordem, discutam e orientem a temática.

Atuando em instituições como SOS Kinderdorf, Hospital Dia Infantil (Hospital Psiquiátrico Pinel), Recanto Nossa Senhora de Lourdes e em palestras à escolas percebeu-se como o tema sexualidade e a educação sexual brasileira permanece ainda muito inacessível àqueles que seriam os maiores beneficiados pela mesma.

Em palestras dadas em escolas, notou-se que a orientação sexual a jovens só é possibilitada

quando um profissional externo vai palestrar sobre o assunto – não há espaço na escola aonde esta temática seja debatida, conversada e/ou orientada quando necessário (SCHUBERT, 2006).

A partir da experiência averiguou-se que o tema é angustiante para pais, escola, instituições e para cultura como um todo. Os poucos programas existentes de orientação sexual são desenvolvidos pela iniciativa privada ou trabalhos voluntários. Há programas desenvolvidos pelo Estado, porém tem pouco alcance e incentivo.

A sexualidade engloba uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância que proporcionam grande prazer na satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (exemplo: respiração, amamentação, função de excreção, tocar e sentir o toque pelo corpo e milhares de outros). Inclui-se na sexualidade, fora o próprio ato sexual, toda uma série de excitações corporais, a sensualidade, a curiosidade pelo corpo (próprio e o alheio), a sedução, modos de se pintar e vestir, os jogos sexuais, os comportamentos sexuais e assim por diante. Sexualidade: essa palavra contém em si um erro comumente cometido por nós. Sexualidade não quer dizer apenas o sexo ou ato sexual. Desta maneira, quando se fala de sexualidade infantil, não se quer dizer ato sexual ou movimentos de sexualidade erótica e/ou pornográfica na criança. A sexualidade infantil é a busca por satisfação, por sensações prazerosas independentes de ato sexual. Esta busca está inicialmente ligada às sensações corporais e posteriormente às dúvidas e questionamentos quanto ao corpo, suas funções, seu surgimento e origem.

Faz parte da opinião popular, quando se fala sobre sexualidade, achar que a mesma está ausente na infância e só despertará no período da vida designado de puberdade. Mas esse não é apenas um erro qualquer e comum, mas sim um equívoco de graves conseqüências, pois é o principal culpado de nossa ignorância de hoje sobre as condições básicas da vida sexual.

Na maioria das vezes, esta distância entre a moral do universo adulto e a ausência de pudor infantil resulta em ensinamentos cheios de reprimendas e castigos - tratar o assunto com a naturalidade que merece é condição fundamental para possibilitar um diálogo aberto e saudável adulto-criança. SUPPLY (2002) explica como a repressão ou omissão frente as manifestações da sexualidade infantil, jovem, pode interferir no desenvolvimento emocional e intelectual. Fato exhaustivamente teorizado por FREUD (1905) quando apontava que a investigação sexual infantil estava intimamente implicada no desenvolvimento intelectual-emocional por envolver um dos grandes mistérios e questionamentos infantil, o "de onde eu vim?". A energia inicialmente investida para entender e descobrir tal enigma, posteriormente será voltada para outros assuntos, como os estudos e os contatos sociais.

Bem se já é difícil a inclusão de programas de orientação sexual na grade curricular de nossas escolas ou centros de saúde, o que dizer de programas voltados para jovens portadores de necessidades especiais? É uma experiência muito recente o trabalho, ou pelo menos a divulgação, publicação de trabalhos sobre orientação sexual voltada para crianças especiais.

Em parte o preconceito e exclusão são os principais responsáveis. PAULA, REGEN & LOPES (2005) bem lembram que até pouco tempo atrás "nem se admitia que essas pessoas tivessem direito à expressão de sua sexualidade. Era como se a deficiência anulasse o desejo. Ainda hoje há quem as perceba como seres assexuados e não raramente elas próprias reprimem sua sexualidade porque nunca tiveram a oportunidade de se reconhecerem como seres sexuais".

Desta forma o trabalho de orientação sexual não só é importante por ser informativo e preventivo, mas por dar um lugar de ser sexuado, vivo dentro da sociedade. É uma das muitas formas inclusivas necessárias para retirar estas crianças da obscura ignorância na qual são mergulhadas, como se fossem culpadas por sua condição e incapazes de compreender aquilo que a cerca e até aquilo que a marca e toca, seu próprio corpo.

A autora MAIA (2007) aponta em seu artigo o quanto é comum olhar a criança especial como um ser angelical assexuado ou então extremamente inadequado quanto aos seus comportamento relativos à sexualidade - aponta a importância de serem vistos como seres sexuados e que tem direito de conhecer o próprio corpo e usufruir da sexualidade tanto quanto qualquer outra pessoa, mas necessitam, assim como outras pessoas, de orientação e informação que os levem à autonomia, e não à ignorância. Ressalta ainda que "é enorme a escassez de propostas educativas que ajudem o deficiente a perceber, reconhecer e discriminar as condutas socialmente adequadas em relação a seus desejos e afetos".

A criação do Grupo de Orientação Sexual no Recanto

Foi ao início do ano de 2006 que percebeu-se a necessidade de criação de um grupo de orientação sexual interno à instituição Recanto Nossa Senhora de Lourdes, visto que os jovens estavam apresentando comportamentos sexualmente exacerbados, causando dificuldades para as educadoras, conflitos com os familiares e estimulando negativamente as crianças menores com seus comportamentos.

Os jovens vinham acompanhando uma novela que teve muito sucesso no Brasil, "Rebeldes", que veiculava cenas de sensualidade e mesmo sexualidade de maneira muito explícita.

Os jovens estavam reproduzindo aquilo que viam seus ídolos identificatórios fazerem sem crítica do que aquilo significasse socialmente.

Assim aumentou muito o número de jovens falando palavrão, beijando e agarrando-se em locais e momentos impróprios, discursos abordando uma vida sexualmente ativa e mesmo promíscua e mesmo fenômenos de masturbação em público.

Atitudes de castigo e demonstração de reprovação por indisciplina e comportamento inadequado já haviam sido tomadas por parte das educadoras sem surtir muito efeito.

Os jovens seguiam reproduzindo. Reproduzindo algo que não compreendiam muito bem, mas que achavam interessante pelo efeito que causava e claro, pelo prazer que ocasionava. Fazia-se necessário direcionar este fenômeno natural, que estava descontrolado e distorcido.

A pessoa com deficiência não só pode como deve ser beneficiada por programas de orientação sexual, pois a falta de esclarecimentos favorece a ocorrência de condutas inadequadas como o exibicionismo, problemas de higiene, dificuldade nas relações interpessoais, exploração sexual e tantos outros. A Orientação Sexual da pessoa com deficiência não tem que ser "especial" ou necessariamente "diferente", o que muda na maioria das vezes são os recursos utilizados (MAIA,2007).

As educadoras tinham certa dificuldade em abordar a sexualidade com os jovens, pois achavam estranho esta ocorrência em crianças com tais características. Os pais estavam preocupados, mas não houve um único responsável que havia abordado o tema da sexualidade com seu filho. Surgia o questionamento "mas como pode, ele é uma criança, como pode estar fazendo isso... parece um safado", "achava que crianças assim... com deficiência, não tinham disso".

Havia clara negação do fenômeno sexual ser possível com seu filho, visto que ele era "especial". Mas sabe-se que o fato de uma criança ser "especial" não lhe retira a naturalidade e espontaneidade dos fenômenos humanos. PAULA, REGEN & LOPES (2005) em uma exposição sobre este aspecto apontam: "verificamos que a maior parte das pessoas com deficiência não consegue viver ou sequer expressar sua sexualidade (...) devemos ter em mente que em geral isto não é em decorrência da deficiência em si mas da falta de condições de levar uma vida digna, com igualdade de oportunidades e direitos respeitados.

A libido naufraga no meio de tantas carências, ou seja, ninguém consegue realizar-se sexualmente de forma plena se não puder viver a vida em todos os seus aspectos”.

Possivelmente se o fato não fosse orientado adequadamente, as crianças, com as broncas dos pais e reprimendas na escola acabariam por achar que é errado mexer com essas "coisas" da sexualidade.

Foi criado um grupo de orientação sexual com alguns jovens que vinham apresentando comportamentos exacerbados sexualmente e outros que eram modelos dos demais.

A maioria tinha mais de 15 anos de idade. Todos ficaram empolgados com a idéia de "um grupo de sexo" - fato que foi longamente debatido com eles, a diferença entre sexualidade e sexo.

Inicialmente separou-se um grupo masculino e outro feminino para direcionar temas mais específicos para meninos e meninas.

As primeiras orientações tratavam de perguntas que eles traziam a partir do que eles tinham ouvido na novela e filmes: Como faz o sexo? Com que idade posso fazer o sexo? Como o pipi fica duro? O que era sexo por trás? Menino pode beijar menino? Quando cresce o peito? O que é sexo oral? Por que os meninos gostam de abraçar por trás? E muitas outras que indicavam, a ignorância e ao mesmo tempo sede de saber por parte dos jovens.

Após dois meses de orientações, nas quais ou trabalhava-se sobre as perguntas trazidas por eles ou se preparavam palestras elaborando temas específicos à orientação sexual (utilizavam-se informações e material didático numa

linguagem mais próxima à deles, mostrando muitas figuras e fazendo uso de vídeos didáticos), o grupo masculino e feminino foi reunido em um só.

Havia pedidos por parte deles próprios para que o grupo fosse unido. Aceitou-se a proposta desde que eles se esforçassem nos debates e respeito aos colegas integrantes do grupo.

O grupo passou a ter 15 integrantes, a orientação ocorria uma vez por semana e tinha uma hora de duração.

Entre os integrantes do grupo haviam 7 jovens portadores da Síndrome de Down, 1 com Síndrome do X-Fragil e 7 com Síndrome genética de etiologia a esclarecer. Eram 7 garotos e 8 garotas.

Os pais foram chamados e foi apresentada a proposta de estabelecer permanentemente o grupo de orientação sexual visto que o mesmo gerou resultados muito positivos: foi visível a partir desta experiência, a diminuição dos fenômenos de exibicionismo e sexualidade exacerbada internamente à instituição; maior aproximação e troca relacional entre os jovens; aproximação e posicionamento entre aqueles jovens mais retraídos e tímidos; posição ativa e questionadora frente ao educador; cuidado quanto à verbalização de palavrões; cuidado quanto aos assuntos e brincadeiras realizadas próximo às crianças menores; e busca dos educadores quanto algo relacionado à sexualidade, dúvidas ou fenômenos ocorriam dentro da instituição (SCHUBERT, 2007).

Os pais ao mesmo tempo que demonstravam alívio pelo tema estar sendo abordado e

orientado, demonstravam medo que isso fosse um incentivo à prática sexual.

Desta maneira também eles foram orientados em algumas reuniões sobre os assuntos, temas e objetivos deste grupo.

As educadoras também foram orientadas e participavam vez ou outra de algum grupo ou orientavam certos temas relacionados à sexualidade em sala de aula.

Foi elaborado um documento no qual os pais autorizavam a frequência de seu filho ou filha no grupo de orientação sexual, e os próprios integrantes do grupo assinaram um documento no qual se comprometiam à participar ativamente do mesmo, respeitar o colega e não fazer uso inadequado ou explícito dos temas abordados em casa ou na escola.

Apesar de ainda abordar temas voltados à sexualidade, hoje o grupo de orientação sexual tem muitas características de um grupo terapêutico - são trabalhadas as dificuldades relacionais que eles tem entre si, seus medos, as críticas à instituição e aos profissionais e as formas de relacionamento social, como namoro, casamento, amizade, colegismo.

Recentemente eles próprios sugeriram e organizaram um baile, no qual pudessem dançar, conversar, comer, vir com as roupas que quisessem.

Assim este espaço, originalmente de orientação sexual, tornou-se um espaço de expressão. Expressão de seus medos, vontades, angústias e desejos.

É um grupo especial, não por ter participantes portadores de necessidades especiais, mas por proporcionar um aprendizado e troca especial para aqueles que dele participam.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, S. - Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie(1905). Psychologie Fischer, Siebte unveränderte auflage, Frankfurt, Deutschland, 2002

MAIA, B.C. - Desejos especiais.(in) Revista Viver Mente e Cerebro, Duetto editorial, Scientific American, Ano XIV, N.174, SP, Brazil, Julho - 2007

MENDES, V. & SCHUBERT, R. - Centro de Reabilitação para crianças com necessidades especiais Recanto Nossa Senhora de Lourdes. Apresentado no II Congresso Brasileiro de Psicologia, SP, Brazil, Setembro - 2006

PAULA, A.R.; REGEN, M. & LOPES, P. - Sexualidade e deficiência: rompendo o silêncio. Expressão e Arte Ed., SP, Brazil, 2005

SUPLICY, M. - Papai, Mamãe e Eu: o desenvolvimento sexual da criança de zero a dez anos. Seleções Reader's Digest, FTD, RJ, Brazil, 2002

SCHUBERT, R. - A Educação Sexual Brasileira, o que se tem feito? Apresentado no II Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão, SP, Brazil, Setembro - 2006

SCHUBERT, R. - Orientação Sexual: Relato de uma experiência com jovens portadores de necessidades especiais. Apresentado na VI Feira Internacional de Tecnologias em Reabilitação, Inclusão e Acessibilidade (REATECH), SP, Brazil, Abril - 2007

XAVIER FILHA, C. - Educação sexual na escola: o dito e o não dito na relação cotidiana. Ed.UFMS, MS, Brazil, 2000

WALKER, R. - The family guide to sex and relationships. Macmillan, USA,

René Schubert





Mantendo a Distância

Para permanecer Seguro

Com o aumento do número de casos do COVID-19 todos os dias, os psicólogos oferecem ideias sobre “como se separar dos outros”, enquanto ainda são dadas estratégias e é oferecido o apoio social necessário.

Por todo o mundo, é solicitado que se pratiquem medidas de distanciamento social, quarentena ou isolamento, num esforço conjunto para diminuir a propagação da doença.

É na fase deste Distanciamento social que nos encontramos evitando os contatos presenciais, mas continuando com o nosso trabalho, a vida familiar... com um ritmo diferente, para o qual nenhum de nós estudou ou teve uma preparação prévia.

Passar os dias ou semanas em casa com recursos limitados, estímulo e isolamento social pode afetar a saúde mental. Embora faltem estudos controlados sobre intervenções para reduzir os riscos psicológicos de quarentena e isolamento, os psicólogos estabeleceram as melhores práticas para lidar com estas circunstâncias e novos desafios que estão a surgir.

Deixo um pequeno resumo de uma leitura realizada através do site da *American Psychological Association – APA*, nomeadamente do artigo “*Keeping your distance to stay safe*”.

1. O que esperar ?

Para aqueles que ficam em casa devido a doença, exposição ou disseminação ativa do COVID-19 provavelmente serão interrompidas as suas rotinas regulares por pelo menos duas semanas, o período estimado de incubação do vírus.

As fontes comuns de stress durante este período incluem uma queda nas atividades significativas, estímulos sensoriais e envolvimento social, tensão financeira por não poder trabalhar e falta de acesso às suas rotinas como idas ao ginásio ou frequentar cultos religiosos. Algumas pesquisas sugerem que durante um período de distanciamento social, quarentena ou isolamento, podemos experienciar:

-Medo e ansiedade: relacionados com a preocupação em contrair o COVID-19, preocupações com familiares e até a propagação do vírus em si. Surge ainda a normal preocupação sobre a obtenção de alimentos e medicação. As preocupações com os cuidados familiares entre outras situações não descritas mas que originando este medo e ansiedade podem ainda despoletar alguns distúrbios de sono (ex. dificuldades em dormir) ou se concentrar nas tarefas diárias.

-Depressão e tédio: O não contatarmos com o nosso quotidiano e outras atividades significativas, (interrompemos as nossas rotinas diárias), pode resultar em sentimentos de tristeza ou humor disfórico. Este período prolongado de tempo em casa também pode causar sentimentos de tédio e solidão.

-Raiva, frustração ou irritabilidade: A perda "liberdade pessoal" associada ao isolamento e à quarentena pode parecer frustrante. Por vezes surgem sentimentos de raiva ou ressentimento contra aqueles que emitiram ordens de quarentena ou isolamento ou até se sentir que foi exposto ao vírus por causa de negligência de outra pessoa.

-Estigmatização: Se estiver doente ou tiver sido exposto a alguém que tenha o COVID-19, poderá sentir-se estigmatizado por outras pessoas que temem que contraiam a doença se interagirem consigo.

-Populações Vulneráveis: Pessoas com condições de saúde mental pré-existentes e profissionais de saúde que ajudam na resposta ao coronavírus podem ter um risco aumentado de sofrer sofrimento psicológico quando se envolvem em distanciamento social, quarentena ou isolamento.

Pessoas com deficiência que necessitam de dietas especializadas, suprimentos médicos, assistência de cuidadores e outras acomodações também correm risco de desafios psicológicos durante uma pandemia, devido às crescentes dificuldades em receber os cuidados de que necessitam.

2. Como lidar?

Felizmente, a pesquisa psicológica revela algumas formas de gerenciar as condições difíceis que uma pandemia gera. Antes de serem executadas as ordens de distanciamento social, quarentena ou isolamento, os especialistas recomendam o planeamento antecipado, considerando como o indivíduo "pode gastar o seu tempo", com quem pode entrar em contato para obter apoio psicossocial e como lidar com qualquer necessidade de saúde física ou mental que você ou sua família possam ter.

Limitar o consumo de notícias a fontes confiáveis

É importante obter informações precisas e oportunas sobre a saúde pública em relação ao COVID-19, mas muita exposição à cobertura da mídia sobre o vírus pode levar ao aumento de sentimentos de medo e ansiedade. Os psicólogos recomendam equilibrar o tempo gasto em notícias e mídias sociais com outras atividades não relacionadas à quarentena ou isolamento, como ler, ouvir música ou aprender um novo idioma. Organizações de confiança - incluindo a DGS, a Organização Mundial de Saúde, entre outros - são fontes ideais de informações sobre o vírus.

Crie e siga uma rotina diária

Manter uma rotina diária pode ajudar adultos e crianças a preservar um senso de ordem e propósito nas suas vidas, apesar do desconhecimento do isolamento e da quarentena. Tente incluir atividades diárias regulares, como trabalho, exercício e outras aprendizagens, mesmo que devam ser executadas remotamente. Integre outros passatempos saudáveis, conforme necessário.

Fique virtualmente conectado com os outros

As suas interações cara a cara podem ser limitadas, mas é sugerido o uso de telefonemas, mensagens de texto, videochamadas e mídias sociais e acessos a redes de suporte social. Se estiver triste ou ansioso, use essas conversas como uma oportunidade para discutir a sua experiência e emoções associadas. Entre em contato com aqueles que você conhece que estão numa situação semelhante. Grupos do Facebook já foram formados para facilitar a comunicação e o apoio entre indivíduos. (Porque não criar um grupo de trabalho virtual?)

Contar com animais de estimação para apoio emocional

É outra das maneira de se sentir mais "confortado". No entanto, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças recomendam restringir o contato com animais de estimação se contrair o COVID-19 até que os riscos de transmissão entre humanos e animais sejam melhor compreendidos.

Manter um estilo de vida saudável

Durma o suficiente, coma bem e faça exercícios em sua casa quando for fisicamente capaz de fazê-lo. Tente evitar o uso de álcool ou drogas como forma de lidar com o stress do isolamento e da quarentena.

Utilize estratégias psicológicas para gerenciar o stress e permanecer positivo. Um horário diário e o cumprimento do mesmo poderá auxiliar (acordar, realizar a sua higiene pessoal, não manter o pijama vestido ao longo do dia, entre tantos exemplos existentes nos quais a ideia é “vivermos no nosso espaço habitacional” transpondo para o mesmo o nosso quotidiano).

“Examine” as suas preocupações e tente ser realista na sua avaliação da preocupação real, bem como na sua capacidade de lidar com a situação. Tente não “catastrofizar”, concentre-se no que pode fazer e aceite as coisas que não pode mudar.

Focar-se nas razões altruístas de distanciamento social, quarentena ou isolamento também pode ajudar a mitigar o sofrimento psicológico.

3. O que acontece depois?

Após um período de quarentena ou isolamento, podem ser sentidas emoções confusas, incluindo alívio e gratidão, frustração ou raiva em relação às pessoas que se preocupam com a possibilidade de infetá-las com o vírus, ou mesmo sentimentos de crescimento pessoal e espiritualidade aumentada. Também é normal sentir-se ansioso, mas se tiver sintomas de stress extremo, como problemas contínuos em dormir, incapacidade de realizar rotinas diárias ou um aumento no uso de substâncias psicoativas, a procura de ajuda de um profissional de saúde é fundamental.

Veja mais conselhos da APA sobre maneiras de lidar com o COVID-19:

- [Mental Health and Coping During COVID-19](#)
Centers for Disease Control and Prevention, 2020
- [Parent/Caregiver Guide to Helping Families Cope with the Coronavirus Disease 2019](#)
The National Child Traumatic Stress Network, 2020
- [Coronavirus Disease \(COVID-19\) Advice for the Public](#)
World Health Organization, 2020
- [Taking Care of Your Behavioral Health: Tips for Social Distancing, Quarantine, and Isolation During an Infectious Disease Outbreak](#)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014
- [The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence](#)
Brooks, S.K., et al., *The Lancet*, 2020

Ordem dos Psicólogos Portugueses

<https://www.ordemdospsicologos.pt/pt>

Informação recolhida através:

<https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/research-information/social-distancing>

Áurea Canas Coelho



A hipoterapia na escola e algumas proposições de circunstância

A manhã é claramente diferente... Aos poucos... Estes alunos... Aparentemente ou quase sempre... Tão distantes e alheados... Aguardam ansiosamente pela saída rumo ao objectivo traçado - O Clube Hípico.

O grupo de cerca de quinze alunos... Revela uma motivação distinta das outras... Dissemelhante de tudo o que para estes costuma ser habitual e rotineiro... Não fora a sua condição... Débil e descoincidente... Já de si... Uma ode à imperfeição... À indiferença e até à exclusão...

Nesse dia... E estranhamente... A paciência parece predominar face ao costume de não a ter... Algo maior se avizinha... Há compromisso... Satisfação e muita vontade... O trajecto é uma aula... Atulhado de automóveis... Pessoas e passeadeiras para atravessar... Repleto de informação... Há estímulo... Luz e oxigénio...

O caminho é feito a pé...

Os cavalos, pela sua essência, são animais que possuem uma enorme capacidade de adaptação a distintas situações - basta verificar a sua utilização ao longo dos tempos como máquinas de trabalho, potentes e eficazes, assim como, toda a sua contribuição para o progresso social. Para além disto, o cavalo apresenta um movimento muito semelhante ao andar do ser humano - conferindo deslocamentos ao cavaleiro e obrigando a constantes acertos ao nível do equilíbrio (ajuste tónico).

A intervenção terapêutica utilizando o cavalo é indicada para pessoas com necessidades especiais, que apresentem: deficiência mental/intelectual, autismo, paralisia cerebral, distrofia muscular, distúrbios de comunicação, entre outros...

A riqueza deste tipo de intervenção... É seguramente um argumento válido... Ainda que possa ser verdadeiro ou falso... Isto porque... Subsiste uma enorme controvérsia acerca da sua eficácia ou eficiência... Contudo... E ainda assim... Já existem muitos estudos que atestam os benefícios da hipoterapia... Assim sendo... E se pesarmos todas as proposições de circunstância... Talvez estas mesmas se transformem em premissas... E chegaremos à nossa conclusão... Fundamento sólido ou aceitável?... Enfim... A consistência de toda a intervenção... Como premissa sujeita à análise dos resultados... Garantirá seguramente a verdade da conclusão...

De acordo com Lubersac & Lallery (1973): A hipoterapia é um método de intervenção terapêutica global e analítico, extremamente rico, que engloba o indivíduo no seu complexo psicossomático, quer seja praticado com deficientes físicos ou mentais.

De uma forma geral... O relacionamento entre o ser humano e qualquer tipo de animal de estimação apresenta uma componente biopsicossocial... Sendo útil e saudável para a vida social... Afectiva e intelectual...

Para J. Fitzpatrick & J. Tebay (1998), o termo hipoterapia deriva da palavra grega hippos, significando cavalo, montar a cavalo, sendo usado com uma forma do tratamento.

O cavalo, com o seu movimento rítmico, dinâmico será usado para influenciar na postura do praticante, equilíbrio e mobilidade. Isto é, a hipoterapia, como terapia para crianças e jovens com deficiência, poderá auxiliar no desenvolvimento e/ou recuperação da motricidade global, assim como, contribuir para uma melhoria efectiva da cognição, da autonomia pessoal e social, da comunicação, da responsabilidade, das atitudes, etc...

O tipo de passada do cavalo... Pelo ritmo que impõe... Poderá ser mais longa ou curta... Variar a intensidade... Manipular-se e induzir-se... Consoante a necessidade do paciente...

Seixas (2011), define a hipoterapia como um método único que estimula crianças a superar os seus problemas; melhora o seu estado psicológico; estende os seus horizontes; desenvolve uma sensação de orgulho e vitória contra a doença e, conseqüentemente, facilita a remoção do complexo de inferioridade.

Curiosamente, no seu deslocamento, o cavalo produz movimentos tridimensionais. Ou seja, para cima e para baixo, para a esquerda e para a direita, para a frente e para trás - muito semelhantes aos do ser humano. Estes estímulos actuam directamente no sistema nervoso central - Contribuindo seguramente para uma melhoria efectiva do padrão motor e da integração sensorial.

Na sua natureza... Existe todo um processo organizativo da informação vinda do exterior... Absorvendo-a e tratando-a... Possibilitando e estimulando a capacidade de produção de respostas adaptativas ao meio onde o ser humano está inserido...

A Associação Americana de Hipoterapia, define o termo hipoterapia como a forma ou o modo intencional como os profissionais usam e manipulam os movimentos do cavalo (de uma forma controlada) como uma ferramenta de terapia que envolve os sistemas sensoriais, neuromotores e cognitivos para promover resultados funcionais.

No fundo, a hipoterapia não é mais do que um tipo de intervenção que combina as valências pedagógica e terapêutica no sentido melhorar os domínios e áreas mais fragilizadas do individuo.

Os medos e receios iniciais... Das primeiras sessões... Rapidamente desapareceram... Convertendo-se em desejo... Desinibição e querença... Há no ar um sentimento de júbilo...

Por alguns momentos... As cores do dia ganham um ambiente cinematográfico... Bem ao estilo de um cowboy insolente... Sete magníficos... Ou até... De uma mulher de sonho... Num rio bravo repleto de actos de heroísmo... Imperdoáveis... Como nós... Actos de pura coragem e amor... Danças com lobos... Histórias por contar... Ou viver... Enfim... Rábulas fugazes que nos transportam e elevam... Para fora daqui... Cada um à sua maneira... Do seu modo e de acordo com a sua percepção e entendimento... Sonhando... Experimentando e sobretudo... Vivendo...

A Associação Nacional de Equoterapia - ANDE-Brasil (2002), esclarece que o cavalo possui três andamentos (ou andaduras) naturais e instintivos, que são: o passo, o trote e o galope. Como tal, e devido às suas características de ritmo e de cadência, o passo é o andamento mais utilizado neste tipo de terapia, isto porque, existe uma maior produção de movimentos tridimensionais.

Se pensarmos em benefício como uma vantagem ou um privilégio... Podemos ir directamente aos eixos... Físico... Cognitivo... Emocional e até social... Apanágio de ideias e ganhos para o aluno... Autoconfiança e autoconceito... Coordenação geral... Comunicação e linguagem... Atenção e memória... Postura... Equilíbrio... Destreza... Conhecimento do corpo no espaço... Autonomia pessoal e social... Independência... Socialização... Controlo das emoções... Propriocepção... Enfim... Prerrogativas que confirmam a tese...

Sabendo que as verdades absolutas... Apresentam um valor delicado e insuficiente... Talvez seja necessário validar a tese destes benefícios... Alicerçando a nossa fundamentação na coerência e na probabilidade... Isto porque... Existe um incremento notório do orgulho e da força interior... Superando a pequenez natural de quem... Já de si... Apresenta características de menoridade...

O cavalo proporciona uma panóplia de estímulos ao nível das sensações... Através do toque... Na textura do pelo... No sentir da sua temperatura... Pela cadência incutida pelos movimentos tridimensionais... Que normalizam o tónus muscular... Aumentam a integração sensorial... Fortalecem a musculatura... Melhoram a mobilidade articular... A lateralidade... A saúde em geral... E... Promovem uma estranha sensação de liberdade...

Ainda assim... No sentido de validar esta tese... E se pensarmos de uma forma não formal... No que se refere à argumentação... Teremos sempre de considerar tudo o que existe a favor e contra...

As sessões de hipoterapia devem ser devidamente planificadas por uma equipa multidisciplinar e obedecer a uma estrutura centrada em objectivos - tendo sempre por base o aluno e as suas condicionantes. Assim sendo, existem vários aspectos que deverão ser tidos em conta, como a duração das sessões (para não esgotar o cavalo nem o paciente), a segurança das mesmas (a utilização do capacete e a gestão dos alunos nos tempos de espera), a escolha dos objectos lúdicos (que devem ser apelativos e seguros).

Também é importante a utilização de roupa confortável (para facilitar a mobilidade) e o uso de um cobertor no lugar da sela (para facilitar a montada dupla e para proporcionar um maior contacto com o cavalo). A escolha do local também deve ser valorizada (picadeiro coberto ou ao ar livre), assim como a acessibilidade (acessos ao picadeiro e ao cavalo e adaptações dos materiais).

A planificação deverá conter objectivos a atingir a médio e/ou longo prazo, ter características prescritivas (reajustada sempre que necessário) e deve obrigar a uma avaliação no final (de cada aluno e do projecto).

Até à entrada no picadeiro... Um estado de ansiosa vontade agiganta-se... Alguns deles perdem-se em atropelos de uma vontade desmesurada...

Começam por escovar o cavalo... Misturando festas... Afagos e beijos... Os mais limitados são ajudados... Existe contacto... Experimentam-se sensações de calor... Cheiro e tacto... Há energia...

A visão e o cheiro... São formas de tocar à distância... Existe uma separação e um afastamento... Todavia... É tocando que se atesta a existência real das coisas...

Para colocar em prática um projecto deste género, é imperioso que se prepare e estruture uma equipa multidisciplinar que acompanhe e participe no processo, de uma forma presente e profissional.

Watson (1995) refere que: "(...) a hipoterapia deverá ser realizada por uma equipa interdisciplinar que saiba avaliar os défices e o potencial do paciente, e um instrutor que conheça bem os cavalos, os seus movimentos e as suas reacções".

Podemos reunir profissionais de várias áreas, como: professores de educação especial, de educação física, monitores de equitação, fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, psicólogos, assistentes operacionais, entre outros... O envolvimento da família, no apoio às sessões é fundamental. Todos são válidos e necessários, contudo, é ainda mais importante a vontade e a disponibilidade para a aprendizagem e a participação de cada um deles no processo (não desfazendo, como é óbvio da importância da formação).

A formação de todos os intervenientes também desempenha um indispensável papel, porém, é escassa, inacessível e cara. É imprescindível que a equipa se forme a ela própria, ou seja, contorne as adversidades da inexistência da mesma - investigando, discutindo e reflectindo - afinal, trata-se de uma equipa multidisciplinar composta de profissionais de educação, saúde e de equitação.

Escovar o cavalo...

Os adultos... Ou melhor... Os alunos mais velhos... Auxiliam os futuros cavaleiros na realização das actividades... Próximos e presentes... Protegendo das inconveniências e compensando as limitações... Mão na mão... Equilibram e amparam... Indicando movimentos e proporcionando sensações de carácter único... Harmonizando a cadência ou até... Influenciando o ritmo... Novas trajectórias... Rudes... Arredondadas... Renovadas... Numa demonstração de compaixão e de entrega... Trabalha-se a mudança...

Durante a sessão, podemos verificar algumas etapas elementares ao nível da intervenção, ou melhor, formas de abordagem, como:

Escovar - nesta fase, o objectivo principal é criar ou reforçar o contacto com o animal - proporcionando a experimentação de várias sensações. Alguns critérios de êxito e condições de realização: auxiliar os alunos mais limitados mão na mão, ao colo (se necessário), ou posicionando cadeiras no sentido de aumentar a proximidade e o contacto, criar condições de segurança para a actividade, dar indicações e dicas de abordagem.

Montar sozinho - aqui é imperioso manter a segurança, como tal, e para além do monitor (que cuida e conduz o cavalo), é importante (consoante o grau de comprometimento do aluno) acompanhá-lo ao lado - para transmitir confiança. Um deles, deve ser o responsável pela condução da sessão - coordenando, indicando e orientando o aluno na realização dos exercícios.

Montar acompanhado - para além dos restantes recursos humanos, teremos mais um adulto que monta o cavalo com o aluno. Poderá caber a este, ou não, a responsabilidade da condução da sessão. O objectivo, deste elemento, é proporcionar segurança, estabilidade e corrigir posturas - os exercícios podem ser realizados em conjunto ou não.

Em suma, a ajuda e a participação da equipa multidisciplinar, pode ser diversa e variada sempre que as condições o exigam - professores, técnicos e assistentes podem e devem participar de forma a ganhar maior experiência, prática e enriquecer as sessões. Porém, quem coordena e planifica as mesmas, deverá ser um profissional habilitado e experiente.

De capacete na cabeça... Alinham-se ansiosos... Observando os companheiros... "Daqui a pouco sou eu!" (Pensam)... Alguns montam acompanhados... A maior parte sós... Rapidamente ensaiam-se situações de destreza pura... Habilidades diárias que se combinam com exercícios e objectos da vida... Movimentos e posições... Flexão... Extensão e rotação de partes do corpo... Reflexos em espelho... Atenção e vigilância... A esquerda e a direita... Deles... Deitar para a frente e para trás... Ficar... Relaxar e sentir... Manusear um objecto... Atirá-lo para longe... Ou mais perto... Afagar o cavalo... Com ambas as mãos... Melhorar a postura... Ou simplesmente... Corrige-la... Depois... Desfrutar... Apreciar e absorver...

Ao longo dos anos, tenho observado e constatado inúmeros progressos nos alunos, que se traduzem, em melhorias efectivas ao nível do equilíbrio, da coordenação geral, da motricidade global, do conhecimento do corpo, da lateralidade, entre outros... No que diz respeito à comunicação e linguagem, verifiquei que existe uma maior intenção comunicativa, isto é, a comunicação receptiva e expressiva apresentam progressos notórios. Existe uma maior interacção com os outros, pela vontade, pela excitação e pela tipologia da actividade.

Quanto à confiança, autonomia e concentração apurei uma evolução muitíssimo expressiva, assim como no que se refere ao saber estar e ao autocontrolo. Os benefícios emocionais e sociais são imensos e óbvios.

Relativamente às atitudes e ao comportamento, verifiquei que existe um aumento da segurança na realização dos exercícios, uma maior resistência à frustração, mais tolerância, um desenvolvimento da capacidade de respeito pelos outros e uma melhoria efectiva do cumprimento de regras.

"A Hipoterapia é um dos raros métodos, talvez o único, que permite vivenciar tantos acontecimentos ao mesmo tempo, simultaneamente, e no qual as informações e reacções são também numerosas." (Lallery, 1996)

A hipoterapia devidamente articulada com outras áreas da educação e da saúde, poderá contribuir para o desenvolvimento global do aluno, auxiliar a minimizar as suas limitações e facilitar resultados ao nível da funcionalidade.

O cavalo não faz juízos... Julgamentos... Nem avaliações ou críticas... O cavalo não se importa com as aparências... Se é bonito ou feio... Gordo ou magro... Baixo ou alto... Normal ou anormal... Aceita as pessoas como elas são... Sem qualquer tipo de preconceito ou problemas... Recebe... Sem cobrar... Toma e adopta... Não exclui nem estigmatiza...

Assim... Não devemos apenas observar os benefícios motores que o cavalo proporciona... Mas também... Todos os outros do âmbito emocional e relacional... Porque existe de facto... Uma ligação peculiar de união... Relação de correspondência particular... Química empírica que absorve e se propaga... Partilha... Entre o aluno e o cavalo...

Tal como o desporto, a hipoterapia, também se apresenta como um conceito integrador privilegiado, pelas suas características recreativas existe uma melhoria significativa do autoconceito e uma valorização expressiva das capacidades relativamente às limitações.

Este tipo de terapia, pelas suas características e benefícios referidos anteriormente, deverá ser muito mais frequente nas escolas e chegar a todos os que dela necessitem sem excepção - assim, teremos uma melhor intervenção, com mais equidade e uma sociedade menos elitista e mais inclusiva.

“Mesmo nos casos em que se identificam maiores dificuldades de participação no currículo, cabe a cada escola definir o processo no qual identifica as barreiras à aprendizagem com que o aluno se confronta, apostando na diversidade de estratégias para as ultrapassar, de modo a assegurar que cada aluno tenha acesso ao currículo e às aprendizagens, levando todos e cada um ao limite das suas potencialidades” (Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de julho).

Se uma premissa pode ser vista como uma proposição usada num determinado argumento... Para sustentar uma conclusão... Não será esta... A verdadeira proposição que se salva e reconhece... No tal raciocínio... Recorrendo às tais premissas?...

Bibliografia:

La rééducation par l'équitation broché ; Renee de Lubersac, Hubert Lallery (1973)

Companiona animals in human health; Cindy C. Wilson, Dennis C. Turner (1998)

Equoterapia teoria e prática: Uma experiência com crianças autistas; Heloisa B. Freire; Editora Universidade Católica Dom Bosco (1999)

Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre equitação psico-educacional (EPE) e autismo; Leopoldo G. Leitão; Revista: Análise Psicológica; V.22, Nº2 Lisboa (2004)

O efeito da hipoterapia e da atrelagem adaptada na auto-eficácia e nas funções psicomotoras de crianças com necessidades educativas especiais; Lúgia N. Seixas; Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa (2011)

Revista : Official Publication of the American Hippotherapy Association, Inc (2019)

Decreto-Lei n.º 54/2018 de 6 de Julho

American Hippotherapy Association - <https://americanhippotherapyassociation.org/>

Associação Nacional de Equoterapia - <http://equoterapia.org.br/>

António Pedro Santos

Saiba por que limitar a quantidade de tempo que as crianças mexem no celular



Grande parte dos brasileiros utiliza o celular diariamente - e isso inclui as crianças. De acordo com pesquisa Estado de Serviços Móveis, o Brasil é o 5º país do mundo que mais utiliza os dispositivos móveis.

Se por um lado o acesso à internet traz benefícios, como mais acesso às informações e cultura, por outro, o uso excessivo pode causar riscos. A dependência precoce às pequenas telas pode prejudicar todo o desenvolvimento dos jovens. Além do vício, as crianças que passam muito tempo conectadas tendem a manter uma rotina sedentária e, conseqüentemente, menos saudável.

Para a Organização Mundial da Saúde, os bebês de até um ano não deve ser expostos às telas.

A partir dos dois anos, a criança deve ficar no máximo uma hora por dia com o celular e/ou tablet na mão. Nessa fase, as crianças estão passando por um intenso desenvolvimento neurológico e, por isso, precisam de experiências reais e não apenas virtuais.

O grande estímulo às telas também pode fazer com que a criança não durma tão bem, fique agitada durante o dia e tenha dificuldades de concentração. Por esses motivos, os pais devem ficar atentos para limitar o uso da internet.

Como limitar o uso do celular

A primeira forma (e mais óbvia) de limitar o acesso das crianças é não deixar um dispositivo nas mãos dela. Se ela já foi maior e tiver o próprio aparelho, os pais precisam se atentar ao exemplo que estão dando.

Quando os adultos ficam em casa apenas mexendo no celular, é normal que os jovens achem que esse comportamento é normal.

O ideal é que o uso dessa tecnologia seja o menor possível para toda a família.

Em casa, todos podem aproveitar o tempo livre para outras atividades, seja conversar entre si, ler ou ver um filme juntos. Portanto, viver longe das telinhas.

Outra forma de diminuir o tempo que as crianças passam no celular é determinando o horário. Por exemplo: depois de fazer o dever de casa, a criança pode mexer durante meia hora no dispositivo. Aos poucos, o filho se acostuma com a rotina e passa a não sentir mais tanta falta do smartphone, pois estará entretido em outras atividades.

Para quem já tem filhos maiores e que saem com o celular (para ir a escola, por exemplo), é possível instalar um aplicativo de monitoramento, como o Spyzie. Esse tipo de ferramenta ajuda a saber quanto tempo o jovem passa no dispositivo e o que faz nele, quais redes sociais acessa e até o que conversa no WhatsApp.

A partir daí, os pais poderão conversar melhor com o filho e pensar em medidas para fazer com que ele se distraia fora do celular.

O monitoramento também ajuda a identificar se o jovem está se comportando de maneira segura na internet.

Lara Biral

Fenilcetonúria (PKU)

A forma mais grave é conhecida como fenilcetonúria clássica – as crianças com este tipo da doença, se não receberem tratamento, podem desenvolver deficiência intelectual permanente. Por outro lado, as formas menos graves da doença têm um risco menor de lesão cerebral.

Introdução

Podemos definir a Fenilcetonúria como uma patologia genética rara de transmissão autossómica recessiva - é a doença hereditária do metabolismo proteico mais frequente - envolvendo em 98% dos casos uma alteração genética que leva ao défice de uma enzima hepática (hidroxilase da fenilalanina), fundamental para o metabolismo da fenilalanina (Phe).

Causas

A Fenilcetonúria é causada por uma mutação genética e é uma doença hereditária.

Os bebés com fenilcetonúria não possuem uma enzima chamada fenilalanina hidroxilase, necessária para quebrar fenilalanina (aminoácido importante) - pois é parte integral de todas as proteínas do nosso corpo. Sem esta enzima, os níveis de fenilalanina e de duas substâncias associadas a ela automaticamente crescem no organismo. Tais substâncias são prejudiciais ao sistema nervoso central e podem causar danos cerebrais.

Características

Os sintomas podem ser leves ou graves e podem incluir: deficiência cognitiva; problemas comportamentais ou sociais; convulsões, tremores ou movimentos espasmódicos nos braços e pernas; hiperactividade; crescimento atrofiado; dermatite atópica; cabeça pequena (microcefalia). Para além disto, podem ainda apresentar uma espécie de cheiro a mofo na respiração da criança, pele ou urina (causado pelo excesso de fenilalanina no organismo) a pele clara e olhos azuis (pois a fenilalanina não se pode transformar em melanina).

Diagnóstico

Pode ser detectada por meio de um exame de sangue - teste do pezinho - se o teste for positivo, deverão ser efectuados exames de sangue e urina para confirmar o diagnóstico. A evolução pode conduzir a atraso psicomotor, cheiro característico, convulsões, alterações no EEG, microcefalia, eczema, diminuição da pigmentação dos olhos, cabelo e pele e a sequelas neurológicas irreversíveis.

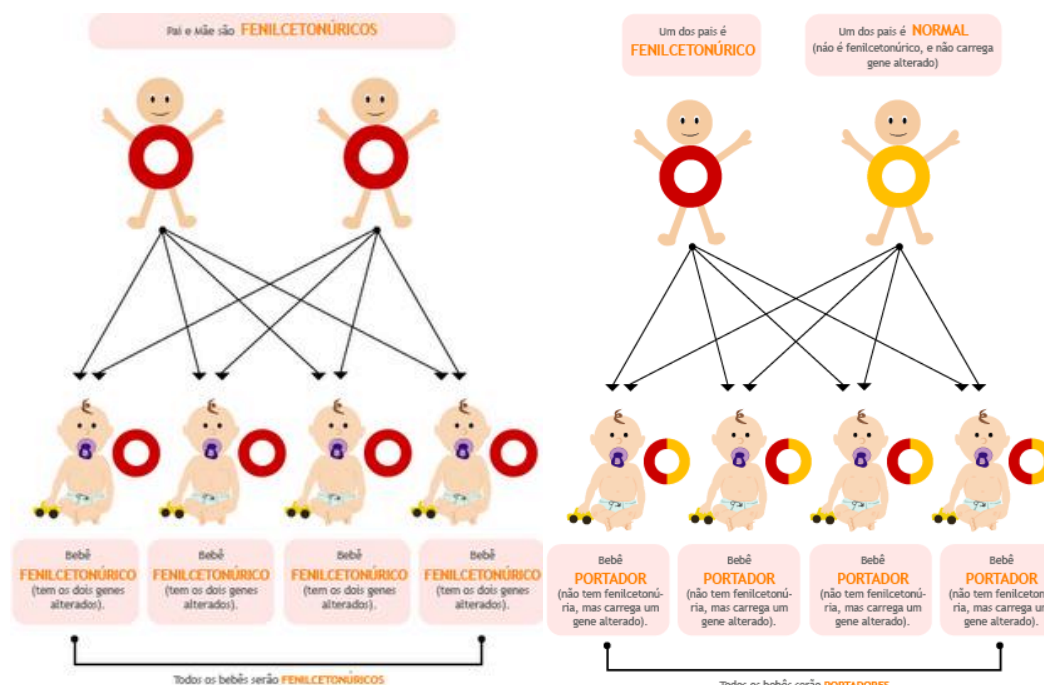
Justifica-se por isso que, em 1979, se tenha iniciado o seu rastreio em Portugal, no Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães, através do Programa de Rastreio Neonatal – introduzindo-se, desta forma, um programa terapêutico atempado.

Prevalência

A prevalência em Portugal é de 1 em cada 10500 recém-nascidos. Em famílias com um filho afectado, o diagnóstico pré-natal numa outra gravidez é possível (nas famílias já estudadas e genotipadas).

Intervenção

A Fenilcetonúria beneficia de um tratamento nutricional efectivo, para evitar as múltiplas consequências do defeito metabólico. Apesar de, com o tratamento nutricional, o primeiro objectivo possa ser atingido, com a prevenção das sequelas neurológicas irreversíveis e garantindo o crescimento e a sociabilização, as severas restrições alimentares impostas podem ter reflexo significativo no desenvolvimento de deficiências nutricionais específicas, sejam proteicas, lipídicas, vitamínicas ou minerais.



Esta preocupação tem levado a diversos estudos ao longo dos anos, numa tentativa de melhorar os índices de saúde e qualidade de vida dos doentes, como a utilização de aminoácidos neutros, da fenilalanina amónia liase, do glicomacropéptido, da terapia genica e de um novo medicamento utilizado no tratamento desta patologia e que é o cofactor da hidroxilase da fenilalanina.

A fenilcetonúria é uma doença tratável. O tratamento consiste em uma dieta extremamente baixa em fenilalanina, especialmente durante o crescimento da criança. Esta dieta deve ser seguida rigorosamente, pois desvios podem prejudicar e levar à recorrência dos sintomas e a complicações mais graves.

Aqueles que mantêm a dieta durante a vida adulta possuem saúde física e mental ideais – muitos especialistas defendem a ideia de que a dieta deve durar por toda a vida do paciente, por mais que os sintomas já tenham desaparecido.

A fenilalanina é encontrada principalmente em leites, ovos e outros alimentos comuns. Adoçante com aspartame também contém fenilalanina, por isso todos os produtos que o contém devem ser evitados.

As estratégias a utilizar em contexto escolar, pressupõem a criação de ambientes de interacções positivas, assim como a promoção e aquisição de comportamentos desejados, através de práticas educativas flexíveis, da diversificação de estratégias e/ou diferenciação pedagógica – sempre no sentido da inclusão, da tolerância, cooperação e solidariedade.

ANDEBOL EM CADEIRA DE RODAS



FEDERAÇÃO PORTUGUESA
DE DESPORTO PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA

Introdução

O Andebol em cadeira de rodas é praticado por pessoas com comprometimento das funções motoras, nomeadamente ao nível dos membros inferiores, lesão medular, amputação, seqüela de poliomielite e outras disfunções que o impeçam de correr, saltar e pular como um indivíduo sem lesões. Também pode ser praticado por pessoas sem deficiência.

Actualmente as variantes do andebol em cadeira de rodas, são as seguintes:

- Andebol de 4;
- Andebol de 6 (sendo esta variante que se joga a nível competitivo internacional).



ACR6 - ANDEBOL 6 (SIX) EM CADEIRA DE RODAS

(Algumas regras)

Cada uma das equipas é composta por 6 jogadores de campo mais 6 suplentes, totalizando 12 jogadores por equipa. Não sendo permitida a utilização de atletas sem deficiência.

O jogo é disputado em 2 tempos com 20 minutos cada, com um intervalo de 10 minutos entre os tempos.

O recinto de jogo deve ter as dimensões de 40x20m - sendo o recinto delimitado por linhas que observem a mesma distribuição do recinto oficial de andebol formal. A altura das balizas é reduzida em 30 centímetros.

A bola para a competição oficial é a nº2 e não é permitida resina.

Em cada período de jogo a equipa tem disponível um *time out* de 1 minuto (se o quiser utilizar). Este deve ser solicitado à mesa e só é posto em prática quando existe posse de bola da equipa que o solicita - este é solicitado com a entrega de um cartão verde à mesa.

Para além disto, existe ainda a possibilidade da equipa pedir um *time out* por necessidade imperiosa de um atleta realizar alguma intervenção ao nível da sua higiene pessoal - este pode ser solicitado à mesa em qualquer altura do jogo.

O jogo tem início com o marcador a 0-0 e vão-se registando os golos obtidos por cada equipa até ao final do tempo regulamentar.

O jogador pode realizar 3 puxadas (propulsão) na cadeira que equivale aos "3 passos", antes de driblar, passar ou rematar. Não é permitido conduzir a bola sobre as pernas.

Quando se verificam infracções às regras, a equipa faltosa perde a posse de bola para a outra equipa, dando continuidade ao jogo através de reposição de bola no local onde foi cometida a infracção.

Quando a bola fica presa, por baixo da cadeira de rodas, o jogo é interrompido pelos árbitros e a posse de bola pertence à outra equipa.

Quando é assinalada uma infracção, o atleta após o apito do árbitro, tem de deixar a bola no solo imediatamente - se não o fizer é sancionado disciplinarmente.

Se o defensor fizer a acção defensiva com a/as roda/as da cadeira dentro da área de 6 metros - terá lugar a marcação de um livre de 7 metros.

Não se pode permanecer mais de 3 segundos com a bola na mão - é considerada violação e perde-se a posse da bola. Ainda assim, cabe ao árbitro observar a dificuldade motora do atleta e utilizar o bom senso.

Faltas são infrações às regras envolvendo contacto físico com o oponente e/ou comportamento antidesportivo. A falta é marcada contra o ofensor e as punições são aplicadas utilizando o mesmo critério do andebol formal (sendo progressivas).

É proibido colocar o equipamento do adversário em risco (cadeira de rodas) mesmo que involuntariamente, salvaguardando a segurança como limite para a ação individual.

Os contactos frontais são tolerados, porém os contactos laterais e traseiros devem ser punidos. Para todas essas faltas, a cadeira é considerada como parte do jogador e o contacto não acidental entre cadeiras também constitui falta.

A cobrança das faltas, seguem as mesmas recomendações do andebol formal, o defensor deve respeitar a distância mínima (mais ou menos 3 metros) em relação ao jogador que fará a cobrança da falta.

Nas marcações das faltas a cadeira tem de estar sempre parada.

Em caso algum é permitido ao atleta elevar-se da cadeira - é obrigatório o uso de cinto de fixação à cadeira e também fixar os pés à mesma.



Início da partida: o atleta tem de ter as rodas em cima da linha do meio campo e ao apito do árbitro dá-se início ao jogo - seguem as mesmas recomendações do andebol formal.

Após o golo: a reposição da bola é feita na linha de meio campo - depois da autorização do árbitro.

Reposição Lateral: as rodas da frente da cadeira têm de estar sobre a linha lateral no local por onde a bola saiu.

Livre de 7 metros: seguem as mesmas recomendações do andebol formal - devendo ser anulado caso as rodas da frente da cadeira toquem a linha de livre de 7 metros.

Reposição após a bola sair pela linha final: sem que esta seja tocada por nenhum jogador que defende, é feita pelo guarda-redes a partir da sua área e não necessita de autorização do árbitro. Sendo tocada por algum atleta que defende (exceção do guarda-redes) existe lugar à marcação de canto (colocação das rodas da frente da cadeira nas linhas que formam o canto do campo).

O drible é um movimento constante da mão a empurrar a bola contra o chão. Atenção: não é permitido atirar a bola para frente e voltar a driblar.

São permitidos bloqueios quer ofensivos quer defensivos - sendo que o bloqueador no momento do contacto tem de estar parado.

A cadeira pode ter 5 ou 6 rodas, sendo duas rodas grandes na parte traseira, uma ou duas na parte frontal e uma das rodas de segurança na parte traseira.

Os pneus traseiros devem ter o diâmetro máximo de 66 cm e deve haver um suporte para as mãos em cada roda traseira (aro para o atleta realizar as puxadas).

A altura máxima do assento não deve exceder 63 cm do chão e o apoio para os pés não poderá ter mais que 11 cm a partir do chão - quando as rodas dianteiras estiverem direcionadas para a frente.

Muito importante: a parte de baixo dos apoios devem ser apropriados para evitar danos à superfície do campo de jogo.

Sugestão de visita:

Croacia-Portugal - European Wheelchair Handball Nations' Tournament (2018)

<https://www.youtube.com/watch?v=6sk60cVsyg>

Com a colaboração de Raúl Cândido

Departamento de Desporto

Federação Portuguesa de Desporto para Pessoas com Deficiência

Cuide de Si,
Cuide de Portugal
Juntos contra o #coronavirus



1

Lavar e desinfetar frequentemente as mãos
com água e sabão ou soluções desinfetantes.

2

Especial atenção à higienização das mãos
após o contacto com superfícies fora de casa como:
balcões, bancos, transportes públicos, etc.

Cuide de Si,
Cuide de todos
Juntos contra o #coronavirus



Secção Regional do Sul
e Regiões Autónomas

3

Evite tocar com as mãos
na boca, nariz ou olhos

4

Adote as regras da etiqueta respiratória
tapar com o antebraço a boca e o nariz ao espirrar,
ou utilizar um lenço descartável

Cuide de Si,
Cuide de todos
Juntos contra o #coronavirus



Secção Regional do Sul
e Regiões Autónomas

Adote estas regras
Informe-se de todas as medidas
junto do seu Farmacêutico.

Cuide de Si,
Cuide de todos
Juntos contra o #coronavirus



Secção Regional do Sul
e Regiões Autónomas



