

ISAURA MARTINEZ

PROGRAMAS EDUCACIONAIS PARA
O DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL NO PARANÁ

Monografia apresentada ao Curso
de Educação Especial, da Universidade
Federal do Paraná.

CURITIBA

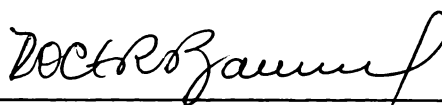
1986

PROGRAMAS EDUCACIONAIS PARA
O DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL NO PARANÁ

por

ISAURA MARTINEZ

Orientadora:



Profª Roseli Cecília R. de Car-
valho Baumel

(Professora de Metodologia da
Pesquisa Aplicada à Educação Es-
pecial)

Agradecimentos: Agradeço a todos os que contri-
buíram para a realização da pre-
sente pesquisa, em especial à
Universidade Federal do Paraná,
que nos proporcionou este curso.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. JUSTIFICATIVA	2
1.2. FORMULAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	3
1.3. OBJETIVOS	4
1.4. DEFINIÇÃO DE TERMOS OU VARIÁVEIS	4
2. EDUCAÇÃO ESPECIAL DO DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL....	6
2.1. FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA	6
2.2. CAUSAS DAS CONDIÇÕES INCAPACITANTES	8
2.3. TIPOS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA	10
2.4. AVALIAÇÃO	11
2.5. TIPOS DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL	13
2.6. CLASSIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA	15
2.7. PARALISIA CEREBRAL	16
2.7.1 Conceito.....	16
2.7.2 Etiologia	16
2.7.3 Quadro Clínico	17
2.7.4 Classificação Quanto à Distribuição do Tônus	18
2.7.5 Classificação Quanto à Qualidade do Tônus	18
2.7.6 Tratamento	21
2.7.7 Métodos de Ensino para o Paralisado Cerebral	23
2.8. ADAPTAÇÕES IMPORTANTES UTILIZADAS NO TRABALHO COM CRIANÇAS PORTADORAS DE PARALISIA CEREBRAL	24

2.8.1	Adaptações Gerais	25
2.8.2	Adaptações para o lanche	27
2.8.3	Orientações importantes para a Escola	28
2.8.4	Equipamentos e materiais necessários para o atendi- mento do Deficiente Físico Não-Sensorial	30
3.	ORIENTAÇÃO FAMILIAR	32
3.1.	ITENS QUE PRECISAM SER OBSERVADOS COM AS NOSSAS CRIANÇAS ESPECIAIS	35
4.	PROGRAMAS EDUCACIONAIS ESPECIALIZADOS PARA O DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL NO PARANÁ	37
4.1.	ESCOLA ESPECIALIZADA NABIL TACLA	38
4.2.	ESCOLA ESPECIALIZADA TIA VIVIAN MARÇAL	39
4.3.	ESCOLA CENTRAL DE REABILITAÇÃO PROFª NOLY REICKI ZAN- DER	40
4.4.	ESCOLA ALBERTO SABIN	41
4.5.	CASA DO MENOR PARAPLÉGICO "LARZINHO"	42
4.6.	ESCOLAS ESPECIAIS PARA DEFICIENTES MENTAIS QUE PRES- TAM ATENDIMENTO AO DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL NO PARANÁ	45
4.7.	SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO - DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL	48
4.7.1	Filosofia	48
4.7.2	Atribuições do Departamento de Educação Especial ...	49
5.	SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO AO DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSO- RIAL NO ESTADO DO PARANÁ	50

CONCLUSÃO 52

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 53

1. INTRODUÇÃO

A deficiência física, como qualquer outro tipo de deficiência, pode ocorrer em qualquer fase da existência da pessoa.

O atendimento ao portador de deficiência física inclui a intervenção médica, psicológica, social, educacional e de trabalho, permitindo o desenvolvimento de programas que atendam à necessidade específica do indivíduo, levando em consideração, sua realidade social.

A integração da pessoa portadora de deficiência física na comunidade é o objetivo primeiro de todo o processo de educação especial, que visa permitir que o mesmo se torne elemento, independente e útil, à sociedade.

O Departamento de Educação Especial (D.E.E) está desenvolvendo suas atividades no sentido de ampliar seus programas nessa área, a nível de Estado, buscando, na fase inicial, localizar os recursos humanos e físicos existentes na comunidade.

O presente trabalho, procura oferecer uma visão de todos os programas educacionais destinados à criança portadora de deficiência física não-sensorial existente no estado do Paraná.

Considerando-se que 90% das crianças atendidas nos programas educacionais especializados para o Deficiente Físico Não-Sensorial no Paraná, são crianças portadoras de paralisia cerebral, este estudo enfatizou o trabalho educacional, métodos de ensino, materiais e equipamentos adaptados, tipos de programas,

técnicas necessárias ao atendimento da criança portadora de Paralisia Cerebral.

Finalizando, embora resumidamente, abordou-se a situação atual de atendimento educacional para o Deficiente Físico Não-Sensorial no Paraná.

1.1. JUSTIFICATIVA

De acordo com a Lei Educacional 5.692 de 11 de agosto de 1971, artigo 9º, "A Educação é direito para todos", que prevê atendimento especial para os educandos "que apresentem deficiências físicas ou mentais...". Tal atendimento deve ser organizado de maneira que possa "proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades, como elemento de auto-realização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania".

O Centro Nacional de Educação Especial - CENESP, órgão do Ministério da Educação, incumbido de promover e coordenar essa educação em todo território brasileiro, engaja-se no esforço maior que ora se empreende, no compromisso do governo de proporcionar Educação a Todos.

Em toda comunidade há crianças com deficiência física ou com condições potenciais de invalidez completamente desconhecidas, por várias razões desconhecimento que necessitam atenção especial, ignorância e preconceito que fazem com que a família os ocultem, etc...

O nascimento de uma criança com um defeito e a descoberta de uma incapacidade física pode desencadear uma série de

acontecimentos que afetam à criança, sua família, aos amigos e à comunidade.

Deve-se ser empregado todo o esforço possível a cada estágio do desenvolvimento de uma criança com deficiência física no sentido de permitir que ela possa viver na sociedade o mais plenamente possível.

As medidas educacionais devem-se, ser dirigidas para a obtenção de um ótimo grau de integração com colegas não deficientes ao invés da segregação.

A integração dessas crianças na comunidade deve-se, ser cuidadosamente planejada e a criança preparada para o processo do mesmo modo que todos aqueles envolvidos em sua educação, a fim de que possam ajudá-la.

O atendimento ao portador de deficiência física inclui a intervenção de áreas médica, psicológica, social, educacional e de trabalho, permitindo-se o desenvolvimento de programas que atendem às necessidades específicas do indivíduo, levando-se em consideração a sua realidade social.

Pretende-se com a presente pesquisa, divulgar os programas educacionais oferecido à criança portadora de deficiência física não-sensorial no estado do Paraná e esclarecer a situação atual de atendimento educacional.

1.2. FORMULAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Este estudo pretende ^Nenfocar a seguinte questão:

- Existem Programas Educacionais suficientes no Paraná, para atender o Deficiente Físico Não-Sensorial?

1.3. OBJETIVOS

- Levantar o número de Programas Educacionais que atendem o Deficiente Físico Não-Sensorial no Paraná.
- Esclarecer o tipo de trabalho educacional que tais programas desenvolvem.
- Levantar o número de Deficientes Físicos Não-Sensorial em atendimento e os que estão aguardando avaliação e matrícula nos programas.
- Analisar se o número de programas, são suficientes para atender o Deficiente Físico Não-Sensorial em nosso Estado.
- Verificar a situação do Deficiente Físico Não-Sensorial no Paraná.

1.4. DEFINIÇÃO DE TERMOS OU VARIÁVEIS

DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL - são aqueles que, em virtude de ter limitações na sua capacidade de locomoção, postura ou uso das mãos, ou ainda limitações de vigor, vitalidade e agilidade, tem o seu aproveitamento escolar comprometido, em situações comuns de ensino. (Mazzota, M.J.S.).

PROGRAMAS ESPECIAIS - Projetos sequenciais destinados ao atendimento do excepcional ou de deficientes, considerando as

características daqueles a que se destinam visando alcançar o desenvolvimento máximo de suas potencialidades. (O.M.S).

EDUCAÇÃO ESPECIAL - atividade educacional que se destina ao atendimento do excepcional visando integrá-lo à sociedade. (O.M.S.)

PARALISIA CEREBRAL - é o resultado de uma lesão ou mau desenvolvimento do cérebro, de caráter não progressivo, e existindo desde a infância. (Bobath Karel)

CAPÍTULO II
DESENVOLVIMENTO

2. EDUCAÇÃO ESPECIAL DO DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL

2.1. FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

O problema do excepcional não está limitado a um pequeno setor da população, ele é um dos maiores problemas econômicos, sociais e de saúde que afetam a humanidade.

Assume maior magnitude se lembrarmos que em todo o mundo existem 450.000.000 de pessoas com deficiência; que mais de 300.000.000 não recebem o cuidado especial que necessitam e que cerca de 3.000.000 de pessoas são acrescentadas a esse número anualmente.

O impacto da deficiência sobre o indivíduo diretamente afetado, sobre suas famílias e sobre a comunidade deve ser reconhecido e esta deve aceitar a responsabilidade de prover facilidades educacionais adequadas para a sua integração social.

A maioria das crianças crescem e se desenvolvem de acordo com certas regras e tabelas que são consideradas como "limite de normalidade". Estas crianças se beneficiam das oportunidades sociais e culturais existentes e chegam a ser membros independentes e equilibrados da sociedade. Os limites de "normalidade" não estão sempre claramente definidos e às vezes é ne-

cessário julgar arbitrariamente se determinada criança cai ou não dentro dos limites aceitos.

Em toda comunidade há crianças que se desviam acentuadamente do que se aceita em média como "normal". Suas características físicas, mentais, emocionais ou sociais são tão especiais que requerem ajuda suplementar para que possam desenvolver suas capacidades ao máximo. Estas são as crianças excepcionais.

Nem sempre esta excepcionalidade está à mostra. Se um menino aparentemente robusto for observado por um observador casual este não se aperceberá de que o mesmo possa sofrer de epilepsia ou de deficiência do aparelho circulatório ou de crises de asma.

A incapacidade inicial pode ser moderada e apenas evidente, mas potencialmente é causa de detrimento e bem pode envolver certas funções com possível desvantagem para toda a vida.

O problema pode parecer primariamente físico, mas qualquer que seja a natureza das manifestações principais, os componentes físicos, emocionais e sociais são fatores importantes em um momento ou outro e de uma maneira maior ou menor, em todos os processos que causam incapacidade na infância.

De acordo com o conceito aprovado pelo CENESP, deficientes físicos "são os educandos portadores de defeito físico (excluindo-se os deficientes sensoriais) com alterações ortopédicas e/ou neurológicas, necessitando de métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para a sua educação".

O nascimento de uma criança com um defeito e a descoberta de uma incapacidade física pode desencadear uma série de acontecimentos que afetam a criança, sua família, aos amigos e a comunidade em que habitam. Sensação de culpa e vergonha, fal

ta de compreensão e decepções, podem perturbar a unidade familiar.

A falta de facilidades e serviços, e pesadas dificuldades econômicas podem aumentar esta carga.

Um dos problemas principais que afetam à própria criança, à família e a comunidade é a obtenção de recursos adequados. De igual modo que outras crianças, os deficientes físicos necessitam de cuidados médicos, facilidades hospitalares, educação e a oportunidade de ter um emprego remunerativo mas devido a seus problemas especiais muitos deles requerem atenção profissional especializada.

A longa duração de algumas fases do tratamento e o custo elevado do mesmo representam outra dificuldade. A avaliação médica, a reabilitação, a supervisão, a educação especial e a capacitação profissional são problemas que afetam cada vez mais a comunidade. A recuperação física de crianças com deficiência é um tipo de problema que não se limita apenas aos indigentes ou à classe média.

Apesar de que muitas comunidades possuem excelentes serviços há outras, como é o caso da área de ação do Projeto Especial Multinacional de Educação que não pode proporcionar os meios necessários para suas crianças deficientes.

A necessidade de uma ampla organização da comunidade é evidente, e nas áreas em que há falta ou pobreza de recursos muitas soluções podem ser encontradas para minorar o problema.

2.2. CAUSAS DAS CONDIÇÕES INCAPACITANTES

A frequência, extensão e gravidade das incapacidades de

pende da combinação e interação de vários fatores:

- a) natureza do agente causal (infecciosas, metabólicas, hereditárias, traumáticas);
- b) da criança propriamente dita (estado de desenvolvimento, reações físicas gerais e emocionais);
- c) do ambiente físico e emocional da criança (pré-natal, familiar, escola e comunidade).

Certas causas específicas e outras não conhecidas, às vezes são difíceis de delimitar. Por exemplo:

- 1) O mesmo agente causal pode originar efeitos diferentes.

A rubéola durante os primeiros meses de gravidez pode originar no feto alterações cardíacas congênitas, cegueira, surdez, ou lesões cerebrais. Nas crianças em idade escolar a rubéola é, em geral, um episódio suave, sem complicações e às vezes despercebida.

As infecções estreptocócicas decorrentes das vias respiratórias altas podem dar lugar à otite média e surdez ou à febre reumática com comprometimento cardíaco.

Os traumatismos podem originar lesões em quase todos os órgãos do corpo e determinar diversos tipos de incapacidade como: deficiência mental, cegueira, incapacidades ortopédicas e epilepsia.

- 2) Vários fatores podem intervir no mesmo tipo de incapacidade.

A paralisia cerebral pode estar relacionada com prematuridade, ser devida à incompatibilidade de fatores sanguíneos en

tre o feto e a mãe, anóxia, traumatismos ou encefalite.

As doenças cardíacas podem ser devidas a influências genéticas ou pré-natais ou à febre reumática.

2.3. TIPOS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Há um grande número de classificações das deficiências físicas quer sob o aspecto etiológico quer sobre o problema da fisiopatologia, mas estamos perfeitamente de acordo com Maguerite Wilson quando esta procura classificar as deficiências em função de suas implicações na educação. Ela tenta agrupar estes tipos heterogêneos em três categorias:

- a) deficiências musculares ou neuro-musculares que limitam significativamente a capacidade de locomoção, de sentar-se na sala de aula e de manipular os materiais indispensáveis à aprendizagem: distrofia muscular progressiva, esclerose múltipla, poliomielite, espina bífida, paralisia cerebral, agenesias, amiotonias, sequelas, de traumatismo crânio-encefálico (hemiplegias) sequelas de traumatismos raqui-medular (paraplegia e tetraplegia).
- b) deformações ósseas que também afetam a locomoção, postura e uso das mãos no trabalho escolar: pé torto, luxação congênita dos quadrís, escoliose, quistos e tumores ósseos, amputações (congênicas ou por acidentes);
- c) deficiências que resultem em menor rendimento no trabalho escolar, em virtude da falta temporária ou crônica de vigor, vitalidade ou agilidade: deficiências

cardíacas, febre reumática, tuberculose pulmonar, nefrite, hepatite infecciosa, mononucleose infecciosa, leucemia, hemofilia, asma, epilepsia, subnutrição, diabetes.

2.4. AVALIAÇÃO

O deficiente físico deve ser avaliado sob vários aspectos:

- a) Estado de saúde - as crianças com incapacidade podem apresentar uma variedade de problemas médicos, alguns deles sem nenhuma relação com a incapacidade especial, outros contribuindo de um modo óbvio e prejudicial mas todos têm uma importância potencial na determinação de diagnóstico final, planejamento e êxito no tratamento. Na avaliação do estado de saúde deve-se prestar particular atenção aos seguintes pontos:
- fatores pré-natais e natais de possível significação
 - presença de anomalias físicas ou do desenvolvimento
 - estado de nutrição
 - história e evidência clínica de doenças, infecções ou traumatismos
 - história de tratamento médico ou cirúrgico prévios
 - estimativa clínica geral do desenvolvimento físico, mental e emocional.
- b) Avaliação médica com relação à incapacidade.

Esta avaliação confirma ou estabelece o diagnóstico mé

dico e o grau de perturbação orgânica ou funcional: proporciona sugestões para o tratamento e oferece detalhes acêrca da afecção causa da deficiência.

c) Avaliação psicológica.

As crianças com deficiência podem apresentar as mesmas formas de conduta e reações emocionais que os normais da mesma idade. No entanto, por causa da deficiência podem surgir dificuldades e os aspectos intelectuais e emocionais se tornarem os mais importantes.

Em cada caso se deverá verificar:

- até que ponto a personalidade e a conduta estão afetados pelo reconhecimento da deficiência;
- o nível aproximado e a qualidade da sua capacidade mental e os pontos fortes e débeis da sua personalidade;
- as possibilidades de cooperação e melhora com o tratamento e educação.

d) Avaliação social.

A avaliação social visa determinar não somente os fatores sociais, econômicos, emocionais e ambientais que possam ter valor no planejamento do programa para a criança mas também reconhecer os fatores que possam prejudicar o processo de reabilitação.

Esta avaliação deve verificar:

- atitude familiar ante a incapacidade da criança;
- recursos econômicos familiares, possibilidades e interesses em assumir responsabilidade para o programa de educação.

e) Avaliação educacional e vocacional.

A educação de crianças em idade escolar deve ser tão contínua quanto possível, estejam estas em casa, no hospital ou em instituições especiais e deve ter em conta suas capacidades mentais e sociais bem como suas exigências médicas e emocionais.

O ajustamento futuro pode depender de sua experiência escolar e a avaliação educacional e vocacional é um processo contínuo que deve se processar durante todo o período da vida escolar do deficiente.

O trabalho de avaliação do deficiente físico deve ser iniciado o mais cedo possível e, conforme a alteração apresentada este pode ser submetido a vários tipos de atendimento.

Não requerem revisões práticas no currículo, basta que haja habilidade e certa flexibilidade por parte de professores e administradores.

2.5. TIPOS DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

- a) em escolas comuns - as crianças que tenham possibilidades de locomoção;
- b) em classe especial na escola comum;
- c) em hospitais e clínicas - crianças que estejam internadas, não podendo assim frequentar a escola;
- d) em domicílio - os que não possam se locomover durante um período superior a dois meses, recebendo a assistência necessária a fim de que não interrompam seus estudos.

Os alunos devem ser grupados pelas deficiências, pela capacidade de adaptação, pelo nível mental e pela idade cronológica, de modo que o trabalho possa ser estabelecido em bases científicas.

Assim, devem ser enquadrados num plano que atenda os seguintes aspectos:

- índice de fatigabilidade, exigindo aulas curtas e bem dosadas, intercaladas com períodos de repouso;
- local de trabalho amplo, arejado e bem iluminado;
- uso farto de material audio-visual;
- restrição de exercícios escritos;
- conforto físico, evitando posições forçadas (inclusive quando o trabalho for realizado em enfermarias).

A parte motora das crianças com problemas físicos graves deve ser incentivada através de exercícios diários e sistemáticos com a ajuda de fisioterapeuta. O deficiente físico deve ser atendido globalmente; não só como criança que é, com suas necessidades, desejos, ambições e interesses, mas ainda como uma criança enferma que criou frustrações.

Muitas vezes tem que permanecer num hospital por largo tempo, vendo-se obrigada a separar-se de seus familiares, adaptar-se a um novo grupo e submeter-se a um tratamento em geral doloroso. Pode apresentar problemas emocionais sérios, que irão interferir em todas as suas reações, notadamente na aprendizagem.

O plano de educação nos hospitais, nas clínicas e nos domicílios, deve ser flexível, adaptado a cada tipo de deficiência, em que alguns aspectos são mais enfatizados dependendo das necessidades e possibilidades da criança.

2.6. CLASSIFICAÇÃO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

a) Deficientes sensoriais - engloba dois subgrupos:

- Deficientes visuais - são os cegos e portadores de visão subnormal.
- Deficientes auditivos - são os que apresentam uma perda de audição acima de 45 (quarenta e cinco) decibéis, na freqüência da fala, em ambos os ouvidos, necessitam de educação especial.

b) Deficientes físicos não-sensoriais - denominados, comumente, apenas como deficientes físicos, são aqueles que, em virtude de ter limitações na sua capacidade de locomoção, postura ou uso das mãos, ou ainda limitações de vigor, vitalidade e agilidade, têm o seu aproveitamento escolar comprometido, em situações comuns, de ensino.

Os deficientes físicos não-sensoriais são os portadores de:

- seqüela de poliomielite (paralisia infantil);
- seqüelas de paralisia cerebral;
- defeitos congênitos;
- os amputados;
- outros.

Segundo dados obtidos no Departamento de Educação Especial, setor de Deficiência Física, 90% das crianças atendidas, nos programas educacionais, são portadores de Paralisia Cerebral.

2.7. PARALISIA CEREBRAL

2.7.1 Conceito:

Paralisia Cerebral é o resultado de uma lesão ou não-desenvolvimento do cérebro de caráter não progressivo. Esta lesão ocorre antes, durante o nascimento ou após, até o 3º ano de idade. O caráter ainda imaturo é lesado e interfere, assim, no desenvolvimento normal da criança.

A lesão não é progressiva, porém, instala-se paulatinamente um quadro senso-motor anormal.

2.7.2 Etiologia:

Fatores pré-natais:

- Lipocemias decorrentes de anemias da gestante;
- Hemorragias durante a gravidez;
- Eclâmpsia;
- Hipotensão;
- Desprendimento prematuro da placenta;
- Má posição do cordão umbilical;
- Infecções da gestante (virose, rubéola, litomegalia, toroplasmoze, sues);
- Fatores metabólicos (diabetes, subnutrição, carência de vitaminas);
- Transtornos tóxicos (medicamentos, exposição ao Raio X)
- Icterícia.

Fatores Peri-natais:

- Anória (provocados geralmente por partos prolongadas) lesões difusas, mais à nível de tronco cerebral;

- Hemorragia intracranial (geralmente em partos rápidos, induzidos, sem esperar as primeiras contrações), lesões mais específicas, geralmente mais à nível de cortex cerebral;
- Hematomas subdurais (provocados geralmente por fórceps) hemiplegias;
- Prematuros de baixo peso (diplégicos ou disfunção cerebral mínima);
- Incompatibilidade Rh e ABO;
- Circular de cordão umbilical.

Fatores Pós-Natais:

- Meningo-encefalite bacteriana, meningite (geralmente provocam casos graves de Paralisia Cerebral);
- Encefalopatias desmielinizantes pós-inficca e pós-vacinas (A Sabin) injetadas pode provocar este processo. O organismo reconhece o elemento como estranho, ele se instala no sistema nervoso e o organismo começa a combater o próprio sistema nervoso;
- Traumatismo craniano-encefálico;
- Processos vasculares (angioma ou aneurisma que provocam sangramento);
- Convulsões (convulsões focais no recém-nascido que provocam falta de oxigênio e lesão cerebral);
- Icterícia.

2.7.3 Quadro Clínico:

A interferência pela lesão na maturação normal do encéfalo, leva a um atraso ou uma parada do desenvolvimento motor.

Instalam-se padrões posturais e movimentos anormais, devidos às liberações de atividades reflexa postural anormal, com a qualidade e distribuição de tônus postural anormal.

2.7.4 Classificação Quanto a Distribuição do Tônus:

- Monoplegia (cometimento de um membro);
- Tetraplegia (acometimento global do corpo);
- Hemiplegia (acometimento de um semicorpo);
- Diplegia (acometimento dos membros inferiores principalmente).

2.7.5 Classificação Quanto à Qualidade do Tônus:

- Espástico;
- Atetóide;
- Atárico.

Espástico - A espasticidade, que ocorre em aproximadamente metade de todos os casos de paralisia cerebral.

Caracteriza-se pela presença de uma hipertonia de caráter permanente (que pode ser espástico ou plástico).

A espasticidade varia na intensidade e distribuição pelos segmentos do corpo.

Tendência à fixação em posturas típicas, pois faltam reações de retificação (de cabeça e tronco) e de equilíbrio.

A movimentação do espástico tem sua amplitude reduzida, variando de acordo com o grau de hipertonia apresentada.

Geralmente apresentam: retração de cabeça, retração ou profusão de ombros, controle de tronco deficitário, semi-flexão de cotovelos, com tendência a provação de antebraço, mãos muito tensas (frequentemente fechadas) com adução do polegar,

flexão de quadris e joelhos, rotação interna e adução de membros inferiores, tendências a pés em equino.

Presença de atividades reflexas que interfere na movimentação voluntária (Reflexo de preensão e ou reação tônica dos flexores) nos casos mais moderados que provoca, aumento de tônus muscular, reações associadas, demora para soltar objetos Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTA) que impede o seguimento visual de objetos em movimento, trazer as mãos para a linha média, olhar para as mãos (dissociação de movimentos, transferir objetos de mão por exemplo), apoio das mãos.

Movimentos seletivos muito pobres (os mais complexos como escrever, recortar, alinhar etc, muitas vezes ausentes).

Geralmente apresentam problemas perceptuais em parte pela própria lesão e em parte porque a percepção depende das experiências sensório-motoras e estas crianças tem dificuldades para se movimentar o espaço e para manipular os objetos e perceber suas características através desta manipulação.

Atetóides - A atetose é observada em 1/4 de todos os casos.

Caracteriza-se pela presença de um tônus muscular, instável e flutuante que prejudica o equilíbrio e movimentos voluntários organizados.

Presença de muitos movimentos involuntários que podem ser mais distais ou mais proximais dependendo do tipo de atetose.

Forte presença de reflexos tônicos (R. Tônico Cervical Assimétrico e R.T. Cervical Simétrico principalmente) que provocam muita Assimetria tanto de cabeça, como de membros superiores e inferiores e deformidades se a criança não permanecer

em posturas adequadas.

Podem apresentar problemas visuais. Pela assimetria eles têm dificuldades para trazer os olhos para a linha média, para a fixação visual, para acompanhar visualmente os objetos seguindo seu deslocamento e para a dissociação Olho - Cabeça.

Podem apresentar estrabismo pela intensidade com que ten tam fixar a visão.

Geralmente apresentam problemas à nível perceptual (percepção de tamanho, de profundidade, de distância) porque tem muita dificuldade para segurar os objetos e poder manipulá-los.

Geralmente apresentam grandes problemas de fala que difi cilmente é inteligível.

A inteligência está mais preservada.

Atáxicos - A ataxia é um tipo menos comum de paralisia ce rebral.

Caracteriza-se por hipotonia, insuficiente tônus postural, que provoca ausência de fixação para os movimentos.

Por esta falta de fixação à nível proximal seus movimentos são exagerados e não graduados e os movimentos mais comple xos e seletivos muito difíceis.

Apresentam dismetria (dificuldade em dosar a quantidade exata de movimentos necessários para fazer algo).

Por ser hipometria - movimentos mais lentos que não alcançam o alvo.

Hipermetria - movimentos mais bruscos que ultrapassam o alvo.

Apresentam Tremor.

A fala geralmente é monótona, sem curvatura melódica (fa lam "telegraficamente").

Apresentam dificuldades em coordenação bimanual (pela dismetria e pelo difícil controle postural).

Não conseguem graduar força (amassam um papel, fazem traços fracos, etc).

Não conseguem graduar a progressão dos movimentos.

Dificuldades na coordenação visual (para acompanhar objetos, para a leitura) e viso-motora; problemas na escrita.

A manipulação de objetos é difícil.

Dificuldades perceptuais (espaço, profundidade, altura, distância, parte - todo).

2.7.6 Tratamento:

O curso do tratamento depende da extensão da lesão cerebral, de sua natureza e da idade em que se desenvolveu. As características físicas, mentais e emocionais de cada indivíduo, devem ser consideradas cuidadosamente, pois existe uma diferença entre a idade cronológica da pessoa, a idade mental e o desenvolvimento físico. A terapia deve ser iniciada precocemente, preferivelmente tão logo a alteração seja diagnosticada.

A integração sensório-motora é um novo conceito no tratamento de crianças com paralisia cerebral. A criança é avaliada através de uma série de testes, feitos para detectar a natureza da disfunção sensório-motora e visual-motora. Além dos testes padronizados, a observação clínica e o julgamento representam um papel importante na avaliação.

O tratamento para a paralisia cerebral geralmente combina técnicas de neuro-desenvolvimento, facilitação neuromuscular proprioceptiva e técnicas de integração sensório-motora. As atividades no colchonete consistem de rolar, engatinhar e andar

de joelhos ou "de quatro". O tratamento visa também uma melhora no equilíbrio, nas reações de endireitamento e nos reflexos primitivos.

A técnica de integração sensório-motora é relativamente nova e mais pesquisa é preciso para certificar o seu valor real como tratamento de pessoas com paralisia cerebral.

Nenhum tratamento pode restaurar um cérebro lesado ao nascimento à sua função normal. O objetivo da fisioterapia é a habilitação. Novos hábitos têm que ser estabelecidos ao invés de substituir as funções perdidas. Os objetivos são treinar as potencialidades e capacidades restantes ao indivíduo e concentrar-se nelas, de modo a criar uma pessoa que seja útil e tão adaptada quanto for possível.

Um objetivo importante é o treinamento das atividades de auto-higiene. Várias especialidades, como a fisioterapia, a terapia ocupacional e a recreação terapêutica, são utilizadas visando uma melhora da função motora. Cada uma das especialidades pode complementar a outra, motivando a criança e ajudando-a a adquirir destreza nos movimentos.

A visão e a audição são examinadas e, se necessário, são tratadas.

O treinamento da fala com frequência é recomendado para permitir que a criança se faça entender e para desenvolver o seu relacionamento com outras pessoas.

Os coletes e splints são prescritos para alguns pacientes para auxiliar na manutenção da posição bípede e na marcha. Muitas das crianças com paralisia cerebral participam de atividades com o auxílio de coletes e splints.

Os procedimentos cirúrgicos dependem do tipo de deformidade e da presença ou ausência de contraturas. Os objetivos da intervenção cirúrgica são:

- 1) Diminuir os espasmos musculares através de procedimentos cirúrgicos nos nervos motores (por exemplo: neurectomia).
- 2) Correção das deformidades e contraturas articulares.
- 3) Restauração do equilíbrio muscular, pela equalização, da força dos músculos oponentes (por exemplo: transplante de tendões). O resultado usual é a melhora do movimento articular.
- 4) Estabilização das articulações mal controladas, através de processos cirúrgicos (por exemplo: fusão). Uma artrodese ou uma osteotomia geralmente é usada para tratar alterações estruturais incontroláveis do pé. Isso é feito com frequência quando a cirurgia de tecidos moles falhar em manter o equilíbrio e a estabilização.

A educação representa um papel importante na habilitação total da criança e deve ser enfatizada junto com outros aspectos do tratamento. Muitas metrópoles têm escolas especiais para o portador de paralisia cerebral, enquanto outras cidades têm classes e salas especiais, dentro das escolas públicas. O treinamento educacional deve começar na escola maternal, se não mais cedo, e deve ser adaptado à capacidade da criança, de modo que ela se alegre ao conseguir o que se espera dela.

2.7.7 Métodos de Ensino para o Paralisado Cerebral:

A maioria das crianças com paralisia cerebral não precisam de métodos especiais de ensino.

Não precisará ser revisto o currículo da turma regular. Com algumas modificações no que diz respeito a recursos físicos e materiais adaptados. Basta que haja habilidade e certa flexibilidade por parte do professor e administrador.

O currículo e seus conteúdos dependerá, em grande parte, da avaliação das potencialidades da criança.

A escrita manual é difícil para muitas crianças com paralisia cerebral e frequentemente há necessidade de se fazerem adaptações no material e equipamento escolares normais. Os materiais de ensino devem ser adaptados à necessidade de cada criança, com base em seus problemas físicos, assim como nas dificuldades de aprendizagem.

2.8. ADAPTAÇÕES IMPORTANTES UTILIZADAS NO TRABALHO COM CRIANÇAS PORTADORAS DE PARALISIA CEREBRAL

Devido às grandes dificuldades motoras que as crianças portadoras de Paralisia Cerebral apresenta como: alteração de tô nus muscular, interferência de reflexos patológicos, equilí-brio deficiente, presença de movimentos involuntários etc., a boa postura é importante para qualquer atividade que a criança for realizar. Uma boa postura quebra padrões patológicos, proporciona maior simetria e estabilidade, favorece melhor coordenação viso-motora e movimentos funcionais de membros superiores mais adequados. Favorece portanto uma participação mais ativa da criança na execução das ativida-es. Para as crianças com Paralisia Cerebral, muitas vezes nós precisamos lançar mão de ADAPTAÇÕES para que elas consigam permanecer numa boa postura.

Porém, as crianças não devem permanecer numa mesma postura por muito tempo pois existe o risco delas se fixarem nesta posição. Elas precisam de oportunidades de experimentar outras posturas que serão importantes para a aquisição de noções espaciais, de distância, profundidade, esquema corporal, etc.

Na reabilitação, o nosso grande objetivo é dar maior independência às crianças, portanto devemos estar sempre atentas às necessidades das crianças em relação as adaptações, substituindo-as ou retirando-as de acordo com os progressos das crianças.

2.8.1 Adaptações Gerais:

- 1) Mesa Recortada - indicada para crianças que tem controle de tronco deficiente. A mesa fica mais próxima do corpo da criança, limitando o espaço e facilitando o apoio para crianças com pouco controle de tronco.
- 2) Cadeira com rolo de abdução - para crianças que apresentam rotação interna e adução de membros inferiores não muito forte. Por exemplo: diplégicos, espásticos moderados.
- 3) Cadeira com assento inclinado - para quebrar padrão extensor de membros inferiores. Por exemplo: distônicos, alguns espásticos.
- 4) Cadeira com laterais fechadas - para controlar a abdução exagerada de membros inferiores e favorecer estabilidade de quadril. Por exemplo: hipotônicos.
- 5) Banco-rolo - para crianças que apresentam uma forte abdução e rotação interna de membros inferiores ou cru

- zados de extensão. Por exemplo: espásticos graves e distônicos.
- 6) Cadeira com suporte na cabeça - para crianças com controle de cabeça bem deficiente e muita assimetria. Por exemplo: distônicos.
 - 7) Arco - para auxiliar no controle de tronco quando só a mesa recortada não for suficiente, indicada tanto para espásticos, como atetóides, distônicos.
 - 8) Cadeira de relaxamento - para crianças que tem padrão extensor muito forte e portanto necessitam de uma postura que favoreça maior flexão. A cadeira de relaxamento, por favorecer a flexão de quadril pode ser uma alternativa de postura.
 - 9) Apoio de pé - indicado para praticamente todas as crianças portadoras de PC porque com os pés apoiados a criança consegue melhor postura global de tronco e membros superiores com mais equilíbrio e estabilidade. Especialmente indicado para crianças com pés com tendência a equinismo para quebrar este padrão. Podem ser acoplados a cadeira, saquinhos de areia, banquinhos, etc.
 - 10) Prone-table - mantém a postura ortostática com inclinação para crianças que não têm equilíbrio de tronco suficiente, favorecendo também a extensão do quadril. Indicado principalmente para espásticos e distônicos. O prone-table pode permanecer apoiado numa mesa mais alta e a criança pode, nesta posição, desenvolver algumas atividades sobre a mesa.
 - 11) Stand-Table - para manter a postura ortostática para

crianças com melhor equilíbrio de tronco. Também nesta posição a criança pode executar alguma atividade.

OBS.: Muitas crianças portadoras de PC não têm oportunidades e condições motoras para assumir a postura ortostática (em pé). Então, estas adaptações são muito importantes para que estas crianças tenham chances de experimentar a posição em pé.

- 12) Triângulo - para manter melhor postura sentadas em crianças com pouco controle de tronco. Pode ser usado para atividades no chão, no tanque de areia, na piscina.
- 13) Triângulo com mesa - ajuda a controlar o tronco e quebrar padrões extensores. Para crianças distônicas principalmente. Também ajuda a controlar abdução exagerada de membros inferiores.
- 14) Prancha inclinada - para atividades no chão com a criança em decúbito ventral (de barriga para baixo). Favorece maior extensão de membros superiores, tronco e quadril e maior simetria. Estimula o controle de cabeça. Principalmente para crianças espásticas com padrão flexor.

2.8.2 Adaptações para o lanche:

- Pratos com ventosas para aderir à mesa;
- adaptação de madeira com orifícios para encaixar o prato e o copo de forma a ficarem fixos;
- colheres e garfos com cabos engrossados (para facilitar a preensão) com material mais leve e mais pesado de acordo com o tipo de criança;

- se a criança tiver dificuldades para o movimento de colocar o talher com o alimento na boca, então o cabo pode ser entortado para a direita ou esquerda de acordo, com a dominância lateral da criança.

2.8.3 Orientações importantes para a escola:

ESPÁSTICOS:

- Cuidar para que a criança permaneça em postura adequada usando cadeira adaptada com leve inclinação para trás ou rolinho de abdução para as pernas, ou banco-rolô se necessário.
- Mesa na altura das axilas para relaxar os peitorais e facilitar os movimentos de membros superiores.
- Os pés devem permanecer apoiados no chão para evitar equinismo.
- Nunca puxar os braços para frente pelas mãos e sim pelos ombros ou cotovelos.
- O seu lugar pode ser no meio da sala para estimular que a criança se movimente quando os colegas o chamam dos lados.
- Dar preferência ao uso de materiais grandes e leves (de madeira, espuma, borracha) para facilitar o uso das duas mãos, os braços para frente e sem fazer força.
- Englossar os lápis e pincéis com espuma ou encaixá-los dentro de cilindros de madeira ou borracha. A colher também deve ter o cabo engrossado.
- Não fazer uso de tesoura.

ATETÓIDES:

- Usar mesa mais baixa (abaixo das axilas) para evitar re

tração de cabeça e facilitar o apoio de antebraços favorecendo movimentos mais coordenados de membros superiores.

- Pode-se colocar espuma sobre o assento de cadeira para ajudar no controle dos movimentos involuntários. Pés apoiados no chão.
- Cuidar para que os membros superiores e inferiores permaneçam simétricos e a cabeça na linha média.
- A criança pode sentar no meio da sala para favorecer a simetria.
- Quando no chão, evitar que a criança sente entre os calcanhares. As pernas precisam estar para frente. No chão o uso de um triângulo pode ajudar.
- Trabalhar preferencialmente com objetos maiores e mais pesados e ir graduando para objetos menores e mais leves conforme a criança vá conseguindo controlar e organizar melhor seus movimentos.
- Fixar o papel na mesa (fita crepe).
- Usar lápis engrossados e mais pesados (com DUREPOX por exemplo) para facilitar a preensão e o controle dos movimentos.
- No lanche ou refeições, usar adaptação para fixar prato e copo e engrossar o cabo da colher também com Durepox.

ATÁXICOS:

- Usar mesa mais baixa para evitar retração da cabeça.
- Pés apoiados no chão quando sentados.
- Engrossar o lápis e a colher com materiais mais pesados (durepox) para oferecer maior resistência.

- Dar preferência ao uso de materiais mais pesados que ajudam a dar maior estabilização das articulações proximais.
- Se necessário usar pulseiras com chumbo para dar maior estabilidade aos movimentos.

2.8.4 Equipamentos e materiais necessários para o atendimento do Deficiente Físico Não-Sensorial:

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES:

- Cadeira de relaxamento com tampo (mesa para paralisado cerebral).
- Cadeiras com apoio de 90° para deficientes ortopédicos.
- Mesa com suporte de braço 90° para deficientes ortopédicos.
- Carteira - Stand in Table - para manter a criança em pé.
- Mesa ajustada à cadeira de rodas.
- Espelho de 0,50 x 1,00 metros com moldura.
- Escadas.
- Rampas.
- Paralelas.

MATERIAL ESCOLAR:

- Cadeira de relaxamento com tampo (mesa) para paralisados cerebrais.
- Cadeira com apoio de 90° para deficientes ortopédicos.
- Mesa com suporte de braço de 90° para deficientes ortopédicos.
- Material pedagógico para coordenação motora e áudio-visual (jogos).

- Carteira - Stand in Table - para manter a criança em pé.
- Mesa ajustada à cadeira de rodas.

MATERIAL DE CONSUMO:

- Colchonetes.
- Bastões.
- Bolas
- Material pedagógico.
- Rolos.

MATERIAL DE TRATAMENTO:

- Colchonete.
- Espelho.
- Paralela.
- Espaldar.
- Escada.
- Rampa.
- Rolo.
- Bastão.
- Bola.

MATERIAL INDIVIDUAL:**Aparelhos ortopédicos:**

- Bota.
- Prótese e órtese.
- Muleta.
- Canadense.
- Cadeira de rodas.
- Bengala.

3. ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Essas orientações se aplicam à educação de qualquer criança, mas cada casal deverá adequar os itens dentro da realidade específica do seu filho.

- I. Estabeleçam uma rotina de vida diária para seu filho. Isto é muito importante para que a criança se organize e discrimine as várias situações do dia. A criança deve ter horário regular para: dormir, acordar, almoçar, tomar banho, jantar, fazer atividades escolares, etc.

Em cada ocasião deve-se seguir uma seqüência de comportamentos que serão associados à situações:

- para dormir: 1º fazer higiene: trocar fraldas, fazer xixi, lavar as mãos, escovar os dentes; 2º trocar de roupa (colocar pijama no quarto); 3º ser colocada na cama.
- quando acordar: 1º fazer higiene: xixi, cocô, trocar fraldas, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear os cabelos; 2º trocar de roupa (tirar o pijama no quarto); 3º tomar o café da manhã.

Conforme as possibilidades da criança, estimulá-la para a máxima independência nessas atividades, solicitar também pequenas tarefas como: dobrar o pijama, guardar, pegar as roupas que irá vestir (botas, etc).

- hora do almoço: 1º higiene: lavar as mãos e rosto; 2º exigir ordem e disciplina à mesa: de preferência cada membro da família deve ter seu lugar determinado, e se possível, todas as pessoas da família devem almoçar no

mesmo horário. Durante a refeição NÃO SE DEVE PERMITIR que a criança tenha a atenção dirigida para outra coisa como: revista, televisão, brinquedos, etc. A criança deve permanecer à mesa até o término da refeição; 3º higiene após refeição: lavar as mãos, escovar os dentes. Essas orientações se aplicam a todas as refeições.

- II. Cuidado com os hábitos alimentares de seu filho, não se limitem a determinados alimentos porque são mais fáceis de comer ou porque a criança demonstra preferência. Ensinem-a a comer alimentos variados, pois, além de contribuírem para a sua saúde, vocês estarão estimulando-o adequadamente
- III. Nas atividades do dia-a-dia é extremamente importante solicitar a participação do seu filho em pequenas tarefas: guardar os brinquedos, molhar as plantas, guardar as compras, tirar o pó de um móvel, dar recados, etc. Se necessário: dêem ajuda física, mas deixem-no ver o que está acontecendo, conversem com ele sobre isso, dêem-lhe tempo para responder, dêem-lhe chance de fazer tudo o que for possível; seu filho precisa ser motivado e sentir que pode fazer algumas coisas e não só ficar como um mero expectador do ambiente.
- IV. É de extrema importância a coerência de atitudes familiares frente à criança, ela precisa ter uma noção clara do que pode ou não fazer. Os comportamentos da criança são estabelecidos pelo meio ambiente, ou seja, pelas reações que ela provoca prin

principalmente nas atitudes dos pais e outros familiares.

- V. Nunca se esqueçam de elogiar e agradecer seu filho quando ele se comporta adequadamente, quando fizer coisas boas ou apresentar alguma evolução, por mínima que seja, em qualquer área; pois do contrário ele vai usar o choro, a birra ou outros comportamentos inadequados para obter a atenção que precisa.
- VI. Estabeleçam limites para seus filhos, imponham regras que devem ser obedecidas. Toda criança precisa aprender a aceitar o NÃO, principalmente as nossas porque deste modo vocês estarão preparando-a para enfrentar mais positivamente as dificuldades de sua realidade. A disciplina e a firmeza nas atitudes dos pais darão segurança para a criança.
- VII. Nunca, em hipótese alguma, façam qualquer diferença, por mínima que seja, no modo de tratar seu filho com problema e os outros irmãos. Isso é extremamente prejudicial porque as crianças geralmente são muito sensíveis e tem uma percepção mais apurada do que supomos. Portanto estejam sempre alertas, vocês podem estar magoando um de seus filhos sem estarem tendo conhecimento disto.
- VIII. Cada criança tem sua individualidade que deve ser respeitada. Os pais devem evitar que a realidade específica de um filho interfira na vida dos outros filhos, ou seja, NÃO LIMITE as atividades de uma criança porque o irmão não tem condições de acompanhá-lo.

- IX. Esforcem-se para aceitar seu filho como ele é, tratando-o de forma mais positiva possível. Risquem do vocabulário expressões como: "coitadinho", "pobrezinho", etc. Seu filho pode formar uma imagem negativa de si próprio pelos comentários que ouve a respeito de suas dificuldades.
- X. Ao exigirem qualquer comportamento ou esforço de seu filho tenham a mais absoluta certeza de que ele é capaz de realizar (se está neurológica e fisicamente pronto para isso), caso contrário, vocês o estarão colocando exposto a uma grande frustração, que poderá levar a criança a um comportamento de fuga ou outros comportamentos negativos que irão bloquear seus progressos. A criança precisa se sentir incondicionalmente aceita e querida para que sua evolução ocorra espontaneamente dentro dos programas propostos.

3.1. ITENS QUE PRECISAM SER OBSERVADOS COM AS NOSSAS CRIANÇAS ESPECIAIS

- I. Os pais devem na medida do possível, manterem as posturas adequadas para a manipulação da criança, como: o trocar, o carregar, o sentar, durante a alimentação, e outras. A reabilitação de algumas horas será muito mais eficiente se houver uma continuidade no decorrer do dia.

II. Ao comprarem um presente para seu filho, observem:

- condições motores de manipulação;
- capacidade de compreensão dos mecanismos;
- utilidade para vida prática da criança.

Lembrem-se: nem sempre os presentes mais caros e sofisticados são os que trazem melhores benefícios para a criança.

Em caso de dúvida, peçam orientação para os terapeutas.

III. Ao incentivarem seu filho para uma maior independência motora, tomem cuidado p-ra não planejarem seu desempenho em atividades profissionais e/ou esportivas que sejam incompatíveis com a realidade da criança.

As crianças precisam aprender a se valorizar de acordo com o seu próprio potencial para construir uma auto imagem positiva.

Devemos estar sempre alertas para observar se não estamos subestimando ou superestimando suas reais capacidades.

4. PROGRAMAS EDUCACIONAIS ESPECIALIZADOS PARA O DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL NO PARANÁ

- 1) Escola Especializada Nabil Tacla
Associação Paranaense de Reabilitação
Av. Paraná, 609 - Cabral - Curitiba

- 2) Escola Especializada Tia Vivian Marçal
Associação do Deficiente Motor
Rua Barão de Antonina, 306 - Centro - Curitiba

- 3) Escola Central de Reabilitação Profª Noly Reicki Zander
Associação Pontagrossense de Assistência à Criança Defeituosa - APACD
Rua São Paulo de Frontim, 1190 - Ponta Grossa

- 4) Escola Alberto Sabin - ANPR
Associação Norte Paranaense de Reabilitação
Rua Walter Grayser, 16 - Maringá

- 5) Casa do Menor Paraplégico "Larzinho"
Rua do Expedicionário, 271 - Jacarezinho

4.1. ESCOLA ESPECIALIZADA NABIL TACLA

Associação Paranaense de Reabilitação (APR)

Mantém instalações em dois locais em Curitiba.

Entidade privada, sem fins lucrativos e que já vem prestando serviços à população do Paraná há vários anos. Destina-se ao atendimento de crianças com deficiência do aparelho locomotor.

- Total de alunos da instituição: 158

- Faixa etária: 0 à 18 anos.

- Aguardando avaliação e matrícula: 12

- Níveis de Atendimento Educativo:

Estimulação Precoce: 44

Pré-Escolar - Adaptação: 34

- Nível de 1º grau:

1ª série: 41

2ª série: 09

3ª série: 07

4ª série: 07

- Profissionalizante: 08

- Recursos Humanos:

Pessoal Docente, Técnico e Administrativo:

1 diretor

2 secretários

20 docentes

2 psicólogos

4 ortopedistas

4 pediatras

1 neurologista

- 2 fisioterapeutas
- 1 assistente social
- 2 fonoaudiólogos
- 2 terapeutas ocupacional
- 1 pedagoga
- 3 técnicos - prótese
- 3 técnicos - óstese
- 5 motoristas
- 5 atendentes

4.2. ESCOLA ESPECIALIZADA TIA VIVIAN MARÇAL

Associação do Deficiente Motor - Curitiba

Entidade filantrópica, criada com o objetivo de atender a criança portadora de Paralisia Cerebral.

- Total de alunos da instituição: 50
- Aguardando avaliação e matrícula: 15
- Faixa etária: 4 a 12 anos
- Níveis de atendimento educativo:
 - Nível I - Estimulação
 - Nível II, III, IV, V - Escolaridade
- Recursos Humanos:

Pessoal Docente, Técnico e Administrativo:

- 1 diretora
- 3 professores estaduais
- 8 professores particulares
- 1 pedagoga
- 1 terapeuta ocupacional

- 1 fisioterapeuta
- 2 auxiliares de fisioterapia
- 1 fonoaudiólogo
- 1 secretária
- 1 servente
- 1 motorista

4.3. ESCOLA CENTRAL DE REABILITAÇÃO PROFª NOLY REICKI ZANDER
Associação Pontagrossense de Assistência à Criança Defeit
tuosa - Ponta Grossa

- Total de alunos da instituição: 120
- Atendimento médico e paramédico: 84
- Atendimento educativo: 36
- Aguardando avaliação e matrícula: 05
- Níveis de atendimento educativo:
 - Estimulação Precoce: 20
 - Pré-escolar: 03
 - 1ª série: 11
 - 2ª série: 02

- Recursos Humanos:

Pessoal Docente, Técnico e Administrativo:

- 1 diretor
- 9 professores
- 1 fisioterapeuta
- 1 técnico de óstese e prótese
- 1 sapateiro
- 6 auxiliares de reabilitação

2 serventes
1 atendente
1 cozinheira
1 guardião
1 contador
1 motorista

4.4. ESCOLA ALBERTO SABIN

Associação Norte Paranaense de Reabilitação - Maringá

- Total de alunos da instituição: 100
- Atendimento educativo: 96
- Aguardando avaliação e matrícula: nenhum
- Níveis de atendimento educativo:
 - Pré-escolar: 47
 - Preparatório: 16
- Nível de 1º grau:
 - 1ª série: 14
 - 2ª série: 09
 - 3ª série: 06
 - 4ª série: 08
- Recursos Humanos:

Pessoal Docente, Técnico e Administrativo:

 - 1 diretora
 - 1 secretária
 - 1 assistente social
 - 1 ortopedista
 - 1 fisioterapeuta

4 auxiliares de fisioterapia
1 fonoaudiólogo
2 auxiliares de fonoaudiologia
1 terapeuta ocupacional
3 auxiliares de terapia ocupacional
1 neuropediatra
11 professores
1 auxiliar de oficina
1 merendeira
1 zelador
1 atendente
1 motorista

4.5. CASA DO MENOR PARAPLÉGICO "LARZINHO"

Jacarezinho

- Total de alunos da instituição: 18
- Atendimento educativo: 16
- Atendimento médico e paramédico: 16
- Aguardando avaliação e matrícula: 02
- Níveis de atendimento educativo:
 - Pré-preparatório: 02
 - 1ª série: 02
 - 2ª série: 02
 - 3ª série: 08
 - 4ª série: 02
- Recursos Humanos:
Pessoal Docente, Técnico e Administrativo:

- 1 diretor
- 1 secretário (voluntário)
- 2 professores
- 2 professores de artes
- 1 auxiliar de fisioterapia
- 1 psicóloga (voluntária)
- 1 médico (voluntário)
- 1 cozinheiro
- 1 motorista

- Atividades dos setores técnicos:

A reabilitação é um processo pelo qual a pessoa com limitações físicas, psíquicas ou sociais, conseguem através de certas técnicas e serviços, o máximo nível de desenvolvimento.

a) Fisioterapeuta - A fisioterapia, serviço técnico dos mais importantes na reabilitação da criança deficiente.

É de responsabilidade do setor, tornar o mais independente possível; limitar, corrigir ou prevenir deformidades; treinar a criança ao uso de ósteses e próteses; melhorar a capacidade respiratória e prepará-la fisicamente para funções da vida diária.

b) Terapeuta Ocupacional - O setor de terapia ocupacional desenvolve sua atividade terapêutica buscando, em primeiro lugar, atingir o máximo de independência da criança nas atividades da vida diária, especialmente as ligadas à alimentação, higiene e vestuário.

Estimula a utilização da potencialidade do paciente na exploração do meio em que vive.

c) Fonoaudiologia - tem por objetivo proporcionar à criança deficiente física uma fala aceitável e compreensível dentro

de suas limitações e relacionada com o seu desenvolvimento, ca
pacidade, fator emocional e segurança.

O planejamento terapêutico é elaborado levando-se em con
sideração as capacidades e deficiências individuais, objetivando: desenvolver a fluência e inteligibilidade da fala; possibil
itar o desenvolvimento, organização e comunicação de pensamento.

Este setor trabalha diretamente ligado aos demais setores e orienta os pais quanto ao atendimento domiciliar.

d) Psicologia - o setor de psicologia visa o bom equilíbr
io emocional do deficiente motor, enquanto em atendimento na
instituição; o desenvolvimento de suas potencialidades intelectu
ais, e a facilidade de sua integração no convívio em sociedade.

Seleciona os casos que poderão ser atendidos pelos prog
ramas escolares que a entidade oferece; orienta individualmente
cada família cuja criança esteja em tratamento, orienta prof
essores e atendentes.

e) Serviço Social - o Serviço Social desenvolve importante
papel junto às famílias com sua ação de promover o envolvime
nto das mesmas no processo de reabilitação de seus dependentes
deficientes físicos.

Através do tratamento indireto realiza a intervenção com
famílias, vizinhos, professores de ensino regular e empresári
os. Verifica "in loco" as condições sociais econômicas cultura
is de cada cliente, barreiras arquitetônicas e condições de
inserções de mão-de-obra do deficiente físico no mercado de traba
lho.

Participa apresentando a entidade nos movimentos sociais

como a constituinte, contribuindo para garantir os direitos da criança com deficiência física na sociedade.

4.6. ESCOLAS ESPECIAIS PARA DEFICIENTES MENTAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL NO PARANÁ

1. Escola Apucaranesse de Recuperação da Criança Excepcional - Apucarana.
2. Escola de Excepcionais de Araruna - Araruna
3. Escola Especial Lions Club - Araongas
4. Escola de Excepcionais de Cianorte - Cianorte
5. Escola Procopense de Assistência à Criança Excepcional - Cornélio Procópio.
6. Escola Especial Cantinho Feliz - Jandaia do Sul
7. Escola Mary Abela Micallef - Faxinal
8. Escola para Excepcionais "Padre Anchieta" - Goio-Erê
9. Escola Especial Jesus Menino - Ubiratã
10. Escola de Excepcionais Nilda Veitas - Engenheiro Beltrão.
11. Escola Especial Girassol - Cascavel
12. Escola Pequeno Príncipe - Guaraniaçu
13. Escola APAE de Uraí - Uraí
14. Escola Recanto da Alegria - Santa Mariana
15. Escola Pio XII - Jataizinho
16. Escola Especial de Sertaneja - Sertaneja
17. Escola para Excepcionais Mundo Colorido - Francisco Beltrão
18. Escola Meu Pequeno Príncipe - Sto. Antonio do Sudoeste

19. Escola Nelvin Janes de Educação Especial - Foz do Iguaçu
20. Escola Maria Goreti - Missal
21. Escola Especial de Medianeira - Medianeira
22. Escola Anne Sullivan - Guarapuava
23. Escola Especial Recanto da Vida - Pitanga
24. Centro Regional Educacional da Criança Excepcional - Ivaiporã
25. Centro de Recuperação da Criança Excepcional - Santo Antonio da Platina
26. Escola Especial Maria Bonfin - Tomazina
27. Escola Especial Salomão Andraus - Wenceslau Braz
28. Escola Especial Tio Teófilo - Ibaiti
29. Escola Especial Frei Francisco - Joaquim Távora
30. Instituto de Orientação e Reabilitação da Criança Excepcional - Rolândia
31. Nossa Escolinha de Educação da Criança Excepcional - Primeiro de Maio
32. Centro Educacional João XXIII - Ibiporã
33. Centro de Educação Especial de Sertanópolis - Sertanópolis
34. Anny Mary Serrano - Escola de Educação da Criança Excepcional - Porecatu
35. Escola para Excepcionais Osvaldo de Jesus - Cambé
36. Escola da APAE de Astorga - Astorga
37. Escola de Excepcionais Don Jayme Coelho - Mandaguari
38. Escola Especial Esperança . Nova Esperança
39. Escola Carmem Lúcia Rauen Lopes - Paranavaí
40. Escola João Paulo II - Loanda

41. Escola Especial da APAE de Nova Londrina - Nova Londrina
42. Escola de Excepcionais Leôncio da Cunha - Paraíso do Norte
43. Associação São Carlente de Proteção ao Excepcional - São João do Ivaí
44. Escola de Excepcionais de Castro - Castro
45. Escola Raio de Sol - Carambeí
46. Educação Especial São Judas Tadeu - Jaguariaíva
47. Centro de Estimulação Precoce - Curitiba
48. Escola de Excepcionais Nossa Escola - Irati
49. Escola de Excepcionais Recanto Feliz - Pato Branco
50. Escola Especial Santa Rita - Londrina
51. Escola Maria Mendes Valente - Bela Vista do Paraíso
52. Escola Professor Carlos Neurfert - Jacarezinho
53. Escola Especial Mensageiro da Luz - Cambará
54. Escola Especial Nice Braga - Umuarama
55. Escola Especial Josephina W. Nunes - Campo Mourão
56. Escola Pequeno Príncipe - Bandeirantes
57. Escola Especial Beija-Flor - Céu Azul
58. Escola Especial Tia Zilda - Rio Branco do Sul
59. Escola de Integração e Recuperação da Criança Excepcional - Campo Largo
60. Escola Municipal de Ensino Especial Profª Eva Tereza Amarante Cavam - Paranaguá
61. Escola Ecumênica - Curitiba
62. Escola Primavera - Curitiba
63. Escola Tia Nilza - Curitiba

4.7. SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO - DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

4.7.1 Filosofia:

Uma filosofia de integração de esforços entre o poder público e a iniciativa privada, regulamentada através de termos de convênio ou outras normas administrativas vigentes, permite ao Paraná contar com programas de atendimento ao deficiente, em suas diversas áreas.

A Secretaria da Educação, através do Departamento de Educação Especial, tem motivado igualmente a organização e dinamização, na estrutura das Secretarias de Educação Municipais, de implantação e de implementação de programas especiais, inclusive capacitando recursos humanos para atuarem naqueles programas.

Faz-se, ainda, menção aos levantamentos dos recursos da comunidade quando se pretende implantar novos programas porque apenas na medida em que esses recursos se mostram insuficientes para atender as necessidades específicas do excepcional, é que são criadas ou ampliadas instalações.

Os recursos assim programados oferecem infra-estrutura inicial sobre a qual se apóia a necessidade de que os serviços de Educação Especial do Paraná sejam implantados e implementados em continuidade ao atendimento educativo do excepcional, procurando integrar-se com os recursos do poder público, estadual e municipal, e com os da comunidade.

É importante considerar que uma abordagem deste modelo de educação especial vem se firmando de maneira decisiva. Tal situação, norteia-se inclusive no sentido de se incluir no sistem

ma de ensino regular, em estabelecimentos de ensino comum, não só o atendimento aos deficientes visuais, deficientes auditivos, deficientes físicos não-sensoriais, como também aos deficientes mentais de nível educável. Este modelo determina uma peremptória mudança no conceito de integração das pessoas deficientes.

4.7.2 Atribuições do Departamento de Educação Especial:

Ao Departamento de Educação Especial compete as seguintes atribuições e responsabilidades:

- promover o ensino especializado aos superdotados e infradotados;
- realizar a avaliação e a triagem dos educandos deficientes;
- promover a educação dos deficientes, utilizando metodologia própria;
- promover aos deficientes a orientação para o trabalho;
- realizar pesquisas, aplicadas à Educação do Deficiente;
- manter intercâmbio com entidades similares a fim de acompanhar a evolução dos métodos e técnicas relativos à Educação do Deficiente;
- promover convênios com entidades federais, estaduais, municipais ou particulares para o desenvolvimento das suas atividades, através do Secretário da Pasta;
- promover a especialização, aperfeiçoamento e treinamento de pessoal;
- promover a orientação e supervisão dos Programas Especiais.

O Departamento de Educação Especial (D.E.E) - está muito

bem estruturado e dispõe de um serviço de Educação aos Deficientes Motores, apesar de só contar com 2 professores, 1 fisioterapeuta e uma psicóloga especializados na área específica.

Durante o ano de 1985 realizou cursos para treinamento de professores e técnicos em educação de deficientes motores, tendo preparado através de cursos emergenciais, 72 professores da capital e do interior do Paraná.

O Programa de Educação Especial do D.E.E., para o Deficiente Físico Não-Sensorial está assim estruturado:

- Portadores de sequela de Paralisia Cerebral.
- Portadores de sequela de Poliomielite.
- Portadores de sequelas neurológicas (epilépticos, lesões cerebrais e outros).
- A faixa etária de atendimento vai de 0 a 18 anos (idade cronológica).

5. SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO AO DEFICIENTE FÍSICO NÃO-SENSORIAL NO ESTADO DO PARANÁ

A situação de atendimento ao Deficiente Físico Não-sensorial no Estado do Paraná em 1985, segundo dados do Departamento de Educação Especial, Setor de Deficiência Física é o seguinte:

- 310 municípios no Estado do Paraná;
- 05 municípios possuem escolas especializadas para o Deficiente Físico Não-Sensorial;
- 63 municípios prestam atendimento em escolas especializadas na área do Deficiente Mental;

- 961 crianças em atendimento nos programas de APAES;
- 224 municípios, sem qualquer tipo de atendimento;
- 65 crianças aguardam vaga nos cinco programas especializados;
- 72 professores treinados através de cursos emergenciais promovidos pelo D.E.E.;
- 15 professores especializados na área de Deficiência Física a nível de pós-graduação (1986) pela Universidade Federal do Paraná.

CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos deste trabalho, a saber:

- Levantar o número de programas educacionais que atendem o Deficiente Físico Não-sensorial no Paraná;
- Esclarecer os tipos de trabalho que tais programas desenvolvem;
- Levantar o número de crianças em atendimento;
- Analisar se o número de programas é suficiente para atender o Deficiente Físico Não-sensorial;
- Verificar a situação de atendimento no Paraná.

Evidenciou-se que, atualmente apenas uma pequena parcela das crianças portadoras de Deficiência Física Não-sensorial está recebendo o atendimento educacional a que todas tem direito.

Conclui-se que é necessária a expansão e melhoria dos programas educacionais em nosso Estado. A falta destes programas, justifica-se por escassez de recursos humanos especializados na área e recursos financeiros destinados pelo setor público a Educação Especial, à nível estadual e municipal. É um programa muito dispendioso devido aos equipamentos e materiais necessários. Tudo isto constitui-se num sério fator de entrave à sua expansão.

O número de pessoal especializado na área, evidenciou-se um número muito pequeno, prejudicando assim o bom desempenho das escolas em sua função prioritária que é Educar.

*

Verificou-se, o nível de atendimento educativo a nível de 1º grau, oferecido nas escolas especializadas para o Deficiente Físico Não-Sensorial, possuem somente até a 4ª série, não havendo continuidade e não havendo escolas regulares com infra-estrutura necessária para o atendimento, ficando o educando sem opções satisfatórias para continuar sua escolarização.

Considerando-se as dificuldades enfrentadas nos programas educacionais, o atendimento é satisfatório. Elas continuam em busca de melhores condições para o atendimento ao Deficiente Físico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOBATH, Berta. Atividades posturais reflexa-anormal causadas por lesões cerebrais. Ed. Manole, s.d.
2. BOBATH, Karel. A deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral. Ed. Manole, 1976.
3. BAPTISTA, H. Ensino de portadores de defeitos ortopédicos. Rev. Infância, nº 11. p. 43-45, 1965.
4. Curso de Educação do Deficiente Físico Não-Sensorial - D.E.E. (Anotações e Apostilas), 1986.
5. Educação Especial - Dados Estatísticos do Setor de Deficiência Física, 1985.
6. LEITÃO, Araújo. Paralisia cerebral. São Paulo, 1983.
7. MAZZOTA, M.J.S. Fundamentos da Educação Especial. São Paulo, Pioneira, 1982.
8. NANCIE, F. O manuseio da criança com paralisia cerebral. Ed. Manole, São Paulo, 2.ed., 1980.
9. PEIXOTO, M.F. Plano geral de educação para deficientes físicos. Publicação da Seção de Ensino Especial da Secretaria de Educação do Rio de Janeiro, 1967.
10. Relatório de Atividades. Associação Paranaense de Reabilitação, Curitiba, 1985.