



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

ADAIR JOSÉ MARCON

**DESPORTO ADAPTADO UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA
DENTRO DE UMA PERSPECTIVA INCLUSIVISTA PARA OS PORTADORES
DEFICIÊNCIAS FÍSICAS**

Campinas 2003

ADAIR JOSÉ MARCON

Monografia apresentada a Faculdade de Educação
Física da Universidade Estadual de Campinas como
requisito parcial para obtenção do título de especialista em
Atividade Motora Adaptada sob. A Orientação do prof.
dr.Paulo Ferreira de Araújo

Campinas 2003

Dedicatória

A Deus o ser maior de toda a nossa fé, aos meus pais e meus irmãos pela certeza de sempre contar com um porto seguro quando as atribuições cotidianas nos atingem.

Ao amigo Marcelo por sempre estar presente nos momentos sombrios e brandos desta caminhada

Agradecimentos

Aos colegas de curso, que se tornaram grandes amigos, com os quais passamos momentos inesquecíveis, que a semente plantada durante esse tempo juntos permaneça eternizada em nossos corações, como símbolo maior da unidade entre as pessoas.

Aos mestres que não mediram esforços para que para que pudéssemos concluir mais esta etapa em nossa formação acadêmica.

Em especial ao prof. Doutor. Paulo Ferreira Araújo pela gentileza e paciência que sempre nos atendeu, que Deus o ilumine nesta tarefa de formar educadores.

Sumario

RESUMO	08
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	12
METODOLOGIA	14
1. ASPECTOS HISTÓRICOS	15
1.1 A Historia de Vida de Pessoas que Tornaran-se Deficientes	18
2.0 CAUSA DAS DEFICIÊNCIAS FÍSICAS	25
2.1 Causas Pré- Natais	25
2.2 Causa Durante o Parto	25
2.3 Causas após o Nascimento	25
2.3.1 Deficiência Física	25
2.3.2 DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS	25
2.3.3 Deficiência ou Redução de Membros	26
2.4 Posições Corretas que os Amputados Devem Adotar	27
2.4.1 Amputação	27
2.4.2 Poliomielite	28
2.4.3 Traumatismo Cranio Encefalico	29
2.5 Tipos de TCC	30
2.5.1 Concussão Cerebral	31
2.5.2 Contusão Cerebral	31
2.5.3 Dilaceração Cerebral	31
2.5.4 Traumatismo Raquimedular	31
2.5.5 A Atividade Físico-Desportiva e o Portador de Traumatismo Raquimedular	32
2.5.6 Acidente Vascular Cerebral	33
2.6 Principais Causas dos Diversos Tipos de AVC	35
2.6.1 Esquemia Cerebral e Infarto	35
2.6.2 Embolia Cerebral	37
2.6.3 Trombose Cerebral	37
2.6.4 Hemorragia Cerebral	37
2.7 Efeitos Físicos	38
2.7.1 Condições Associadas	38
2.7.2 Espinha Bífida	39
2.7.3 Espinha Bífida Oculta	39
2.7.4 Meningocela	39
2.7.5 Meningomiocela	39
2.7.6 Hidrocefalia	39
2.8 Implicações para a Prática de Atividade Física com Hidroencefalicos	40
2.8.1 Paraplegia Cerebral	41

2.8.2 Paraplégia E Tetraplegia	41
3.0 DEFICIÊNCIA: TERMINOLOGIAS E CLASSIFICAÇÕES	42
3.1 Entendendo os Distúrbios Motores e suas Principais Causas	50
3.2 Benefícios Das Atividades Físicas para as Pessoas Portadoras de Deficiência	52
3.3 Relação Da Atividade Física Desportiva Com A Deficiência Física	54
3.4 Objetivos Da Atividade Físico-Desportiva Com Pessoas Portadoras De Deficiências	54
4.0 DEVERES E DIREITO DO CIDADÃO	56
5.0 MODALIDADES QUE PODEM SER PRATICADAS PELOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA	71
5.1 Entendendo o Desporto Adaptado	73
5.2 Desporto Adaptado	75
5.3 Desporto Adaptado No Brasil	77
5.4 Propostas Para o Desporto Adaptado Segundo Segueamentos do Governo	79
5.5 Organização das Associações Nacionais de Desporto Adaptado	81
6.0 ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DESPORTO PARA AMPUTADOS	81
7.0 O DESPORTO ADAPTADO DENTRO DE UMA PERSPECTIVA INCLUSIVA E DE CONSTRUÇÃO COLETIVA	95
7.1 O Conceito de Inclusão	100
7.2 O Que é Educação Inclusiva	101
7.3 Fundamentos Para Uma Política Inclusiva	103
7.4 Inclusão e Educação Física Adaptada	110
7.5 Conhecer a Prevenir	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	115
ANEXOS I	120
ANEXOS II	125

Resumo

O presente estudo teve como objetivo verificar a literatura disponível a respeito das atividades desenvolvidas na área de desporto para pessoas portadoras de necessidades especiais, com ênfase ao desporto para pessoas com deficiências físicas, dentro de um processo inclusivista de construção coletiva, desta clientela, em uma sociedade cada vez mais exigente e modificada, pelo modelo imposto, que condiciona o ser humano a uma melhor performance a cada instante

Utilizaremos como metodologia uma revisão de literatura de caráter teórico baseado em livros, teses, artigos e trabalhos científicos, que nos forneceram dados consideráveis para sustentar as informações nele contidas.

A forma de atendimento para com o portador de necessidades especiais esta explicitada na nossa carta magna , portanto, buscamos verificar se as legislações vigentes são cumpridas ou se são apenas leis que enchem ainda mais nossa constituição.

Expusemos de forma simples e clara as definições das características mais importantes de cada incapacidade, as causas das deficiências e suas classificações, Sejam elas, adquiridas, congênitas, neurológicas ou ortopédicas. Para que possamos entender melhor o funcionamento do movimento desporto adaptado, sua história desde a Inglaterra e Estados Unidos, alavancados por movimentos sociais pós-

guerra e de estudos feitos pela comunidade científica, até sua implantação no Brasil , por Sergio Del Grande no final da década de 50.

Outros pontos estudados, nesta revisão e de grande importância, refere-se a criação, regulamentação e abrangência das instituições que gerem o movimento desporto adaptado no Brasil.

A filosofia atual busca valorizar as diferenças individuais dos portadores de necessidades especiais, conscientizando e comprometendo todos os seguimentos sociais, juntamente com a comunidade em prol da construção coletiva e inclusão, esperamos contribuir de alguma forma para a melhoria do conhecimento com este trabalho.

ABSTRACT

The present study aims at checking out the literature available in activities developed in sports for people with special needs, emphasizing those activities suitable for handicapped, following a constructive process that includes this kind of "clientele" in an ever more demanding society where model conditions the human being to do better and better.

We will use a methodology of reviewing theoretical literature based on books, those, articles and scientific papers which provide considerable data to support information contained in our study.

The way we chose to see to the needs of the sufferer of special needs is detailed in our "clientele" and we checked out if the present laws are followed or if they are just filling out share in our constitution.

We detailed, in a simple and clear way, the most important characteristics of disability, the causes of deficiencies and reclassifications regardless of review their causes: inherited, neurological, orthopedic, thus enabling us to understand the way the adapted sports work, their history from England up to the United States, triggered by post-war social movements and by studies performed by the scientific community and their essential implementation in Brazil by Sergio Del Grande in the late fifties.

Other aspects analysed in this review and that we consider very important refer to the creation, regulation and areas covered by the institutions that run the adapted sports in Brazil.

The present policy seeks to value the individual differences of the bearers of special needs, developing social awareness and commitment of all social strata along with the community so that there is building up and inclusion.

We hope to contribute to the improvement of the knowledge there is in this area.

INTRODUÇÃO

Existe atualmente uma grande preocupação da sociedade com o deficiente. Este é um dos motivos que nos leva a estudar e escrever sobre este tema, principalmente no que se refere à participação cada vez maior de atletas portadores de deficiência física em diversos eventos esportivos. Graças à grande evolução ocorrida desde a invenção dos primeiros equipamentos, cujo processo continua nos dias atuais, veremos como são cada vez maiores as possibilidades de inclusão num contexto físico desportivo das pessoas portadoras de necessidades especiais.

Neste trabalho revisarei a literatura para melhor conhecimento dos movimentos do deficiente físico rumo a inclusão e integração na sociedade. Veremos que nos processos sociais a integração e a inclusão são muito importantes. O que todos desejam é atingir a meta de uma sociedade inclusiva. Para tanto, o processo de integração social terá uma parte decisiva a cumprir, cobrindo situações nas quais ainda haja resistência contra a adoção de medidas inclusivas. De fato, nem todas as pessoas deficientes necessitam que a sociedade seja modificada, pois algumas estão aptas a se integrarem nela assim mesmo. Mas há outras com necessidades especiais, que não poderão participar plena e igualmente da sociedade se esta não se tornar inclusiva

inclusivo no que diz respeito a educação física no Brasil, propostas governamentais para um desporto adaptado, como forma de inclusão desta clientela na sociedade, suas associações Verificaremos nas diversas literaturas

existentes como anda o processo s e regulamentação dentro da constituição nacional.

Buscaremos analisar dentro das referencias bibliográficas existentes as definições para as diversas deficiências, causas, reações e terminologias empregadas para entende-las..

Precisamos obter conhecimento a respeito deste tema, a fim de que esse processo se torne realidade. Nessa fase de transição, apesar de anos de tentativas, é também inevitável que alguns termos sejam discutidos em diversos sentidos e por diferentes pessoas ou segmentos, pois são amplas as necessidades. Trata-se justamente dos conceitos de “deficiência física” de “inclusão” e “desporto adaptado” que pretendemos tratar durante o desenvolvimento deste trabalho.

METODOLOGIA

Para a construção deste trabalho recorreremos a revisão de literatura no campo do Desporto para o portador de deficiência, dando ênfase à produção que enfoca o portador de deficiência física, por entender que este grupo estimulou a organização e a sistematização dessas praticas, agregamos a literatura que classifica as deficiências, suas características, principais conseqüências decorrentes das deficiências, cuidados, propostas de atividades, observando os estatutos das associações diretivas do Desporto Adaptado. No primeiro momento de nossa pesquisa, realizamos um levantamento bibliográfico, em função do tema ser restrito no meio científico.

Segundo LAKATOS E MARCONI (2001) a revisão de literatura é um dos principais recursos utilizados na construção de trabalhos acadêmicos uma vez que atualiza e coloca o pesquisador em contato direto com tudo que foi escrito dito ou filmado sobre o determinado assunto. A revisão deu-se em artigos especializados, periódicos nacionais, livros, internet, dissertações e teses relacionadas direta ou indiretamente com o tema e também a produção voltado à filosofia inclusiva que atualmente norteia as propostas de intervenções voltadas para o portador de Necessidades Especiais, área da Educação e Educação Física.

1. ASPECTOS HISTÓRICOS

As questões dos deficientes físicos são de origem histórica e cultural. Como exemplo, falaremos do modo como as pessoas portadoras de deficiência se relacionam com os demais. Veremos que nos países considerados “desenvolvidos”, essa relação é bem diferente se comparada com o que ocorre os países ditos “periféricos”.

A ONU instituiu em 16 de dezembro de 1976, que 1981 seria o Ano Internacional para as Pessoas Deficientes; desde então, os países se viram forçados a implementar políticas de inclusão, sob pena de sanções internacionais.

“O período compreendido entre a declaração e o Ano Internacional das Pessoas Deficientes 76/81 serviu para a mobilização de todos os segmentos públicos ou privados, no sentido de interação dos esforços, com o objetivo de estabelecer uma conscientização e envolvimento em níveis internacional, nacional, regional e mesmo local (Araújo, 1998)”.

Já se passaram duas décadas desde Ano Internacional das Pessoas Deficientes, e as políticas públicas que, de acordo com a ONU, deveriam ser implementadas não obtiveram sucesso.

Enquanto nos países mais desenvolvidos as pessoas portadoras de deficiências têm acesso a suficientes clínicas de reabilitação e apoio para suas necessidades, benefícios advindos do cumprimento legal e social de decisões que os. Em busca de uma melhor compreensão do tema, iniciaremos com uma perspectiva histórica. Apolonio Abadio do Carmo (1994), um estudioso do assunto, estabeleceu o nascimento do interesse da sociedade brasileira em relação aos deficientes entre os anos de 1981 e 1987, quando o governo brasileiro declarou intenção de investimento e determinação de metas políticas de

apoio aos deficientes. O ano de 1981 é o marco da revisão histórica por ter sido o ano dedicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) às pessoas portadoras de deficiência. Além disso, representa a fase culminante das reivindicações e lutas de diferentes entidades internacionais iniciadas na década de 70 em favor dos deficientes.

Carmo (1994), coloca algumas questões para reflexão sobre a necessidade do entendimento do deficiente físico no âmbito social, deixando transparecer a importância que existe em tratar dos problemas relativos aos deficientes físicos. Em primeiro lugar, ele questiona o interesse da sociedade em relação à condição do deficiente como tal, diante desta situação, em que após um trauma ou acidente se vê tolhido de suas possibilidades sociais. Em segundo lugar, ele questiona o próprio portador da deficiência e como ele se relaciona nos diversos segmentos da vida em sociedade: trabalho, lazer e educação. A terceira questão é relativa à concepção de vida: se a pessoa que se tornou deficiente em razão de um trauma muda sua forma de conceber a vida; se a pessoa que tem uma deficiência congênita tem uma visão de vida diferenciada em relação aos demais membros da sociedade. E por fim, Carmo questiona se não haveria uma dupla discriminação em relação aos deficientes: como Homem e como deficiente. Nas palavras do autor:

“Até que ponto a sociedade atual ao confrontar com uma pessoa em uma cadeira de rodas, parcial ou totalmente imóvel, está preocupada em saber como aquele indivíduo encontra forças para continuar vivendo, uma vez que a quase totalidade das possibilidades social lhe está sendo negadas ou se tornaram impraticáveis? Como os deficientes físicos se relacionam nas diferentes situações – trabalho, educação e lazer do dia-a-dia? O que mudou na forma de conceber a

vida para o indivíduo que se tornou deficiente físico, vítima de um traumatismo acidental? Os deficientes físicos congênitos concebem o mundo de forma diferente dos deficientes físicos traumáticos? Não seriam os deficientes físicos duplamente contemplados e de uma história de lutas e conquistas; nos países periféricos praticamente nada disso ocorre. No Brasil, as clínicas de reabilitação de centro social mantida pelo estado são raras, de forma tal que, em termos proporcionais e estimativos, daria uma para mais de 500.000 deficientes”. Físicos; além disso, essas clínicas estão localizadas apenas nos grandes centros.

“A Organização Mundial da Saúde estima que, em tempos de paz, 10% da população de países desenvolvidos são constituídos de pessoas com algum tipo de deficiência. Para os países em vias de desenvolvimento estima-se de 12 à 5%. Destes, 20% seriam portadores de deficiência física. Considerando-se o total de portadores de qualquer deficiência, apenas 2% deles recebem atendimento especializado, público ou privado”. (Brasil 1995).

É importante destacar que essas questões sociais são de grande relevância no tratamento, convívio e educação de pessoas deficientes, também no que diz respeito ao esporte, com a inclusão nas práticas desportivas.

O esporte promove a socialização de pessoas com mesmos objetivos, mesmas vontades, promove a cultura, a colaboração e o espírito de luta saudável, atitudes necessárias à vida, principalmente de pessoas que lutam diariamente por ela. Carmo, (1991), caracteriza o esporte como sendo:

“Uma atividade livre, conscientemente tomada como não séria exterior à vida habitual, mas ao mesmo tempo capaz de absorver o jogador de maneira intensa e total. É uma atividade desligada de todo e qualquer material, com o qual não se pode obter qualquer lucro, praticado dentro de limites especiais e temperáveis próprios, segundo uma certa ordem e umas certas regras”.

Promove a formação de grupos sociais com tendência a rodearem-se de segredo e sublinharem sua diferença em relação ao resto do mundo por meio de disfarces ou outros meios semelhantes”.

1.1 A HISTÓRIAS DE VIDA DE PESSOAS QUE TORNARAM-SE DEFICIENTE.

Nesta etapa do trabalho, a história escrita se aproxima da história oral, produzindo uma história mais real dos corpos deficientes ou apenas dos deficientes, como essas pessoas são habitualmente referenciadas, do ponto de vista do conhecimento dos conceitos, dos anseios, dos desejos, enfim das próprias condições de existência desse grupo de pessoas. A história real vai se configurando 'a medida em que as lembranças e os depoimentos pessoais e os relatos orais de história de vida se transformou em fonte escritos e são analisados e interpretados.

Christopher Reeve, o Superman, paralisado desde 1995, o galã recupera parte dos movimentos do corpo e sonha em andar aos 50 anos.

Na véspera de comemorar seu aniversário de 50 anos Christopher Reeve, está prestes a receber um grande presente: voltar a andar; depois de ficar por sete anos numa cadeira de rodas após uma queda de cavalo. Apesar do prognóstico dos médicos, na época do acidente, garantindo que ele não voltaria a ter nenhum movimento abaixo dos ombros e jamais respiraria sem a ajuda de aparelhos, o ator conseguiu um milagre com muita determinação e fé.

Além de estar mexendo os dedos dos pés e da mão esquerda, ele também consegue levantar a mão direita num ângulo de 90 graus e senta, ainda um pouco desajeitadamente, na beira de uma mesa, por 30 minutos. Reeve já respira sem ajuda de ventilação mecânica por 90 minutos e pode distinguir sensações como frio e quente, áspero e macio na área paralisada.

O apoio da mulher, Dana, e dos filhos, William, de 10 anos, Alexandra, de 18, e Mathew, de 22, foi fundamental. “Não fui capaz de dar um abraço em Will desde que ele tinha 2 anos. Mas agora, quando ele chega perto de mim e coloca as suas mãos na minha mão, eu o sinto como antigamente”, revela o ator para uma revista americana.

Para celebrar sua melhora, o galã que ficou célebre ao estrear Superman, está lançando o livro “Nothing Is Impossible: Reflections on a New Life” (Nada É Impossível: Reflexões numa Nova Vida) e um documentário sobre sua recuperação, que está exibido nos Estados Unidos. No melhor estilo do herói que interpretou no cinema, Christopher parece pronto a provar ser vitorioso também na vida real.

Nunca como agora o ator Christopher Reeve mereceu o título de Super-Homem. Com uma incrível força de vontade e um tratamento inovador, ele conseguiu resultados que surpreenderam os médicos. Sete anos depois do acidente que o deixou paralisado do pescoço para baixo, Reeve já é capaz de fazer pequenos movimentos e recuperou parte da sensibilidade do corpo.

Reeve faz exercícios em uma bicicleta controlada por computador. Os eletrodos colocados à pele ativam os nervos e os músculos recebem o estímulo para pedalar. Os médicos acreditam que a repetição dos movimentos pode regenerar as células do sistema nervoso.

Reeve se exercita na água, onde a gravidade é muito reduzida. Ele consegue mexer os quadris, os joelhos e mover as pernas.

O ator também mexe os dedos das mãos e o pulso. O médico que dirige o tratamento explica que os avanços são mais importantes porque aconteceram cinco anos depois da lesão na espinha. “É a primeira vez que isso acontece.

Antes, os médicos achavam que os movimentos só poderiam ser recuperados no máximo até dois anos depois da lesão”, diz o médico John McDonald, da Universidade de Washington.

A medicina ainda não sabe até onde o super-homem pode chegar. Mas os amigos estão empolgados.

Segundo o médico, a determinação do ator foi decisiva. “a dedicação e força de vontade dele foram fundamentais para o sucesso da recuperação. É preciso acreditar que é possível”, afirma o jovem médico.

Reeve, que fascinou platéias na pele de super-herói, ainda depende do respirador artificial. Mas com o tratamento, ele aumentou a resistência contra infecções, se curou da osteoporose e recuperou parte da sensibilidade da pele. Diferencia quente e frio, um toque suave e um doloroso. “Sentir as mãos da minha mulher é um presente”, revela.

O ator se engajou na defesa das pesquisas científicas com células-tronco, que poderiam levar à cura de lesões no sistema nervoso. As Nações Unidas e o congresso americano pararam para ouvi-lo.

Outra preocupação de Reeve é fazer com que as pessoas com paralisia tenham acesso a bons tratamentos. O dele custa R\$ 1,5 milhão por ano. “Quero que as outras pessoas tenham as mesmas chances que eu”, sonha o ator.

Para o Super-homem, nada é impossível, como ele afirma no livro que está lançando. “Aos 42 anos, quase deixei o planeta. Agora, estou vibrando porque estou vivo e fazendo 50 anos”, declara Reeve.

João Carlos de Oliveira (1954-1999), o João do Pulo, foi um dos maiores ídolos do atletismo brasileiro. Foi um menino muito pobre, mas correu (ou saltou?)

atrás do seu sonho e se transformou em um grande atleta, conhecido no mundo todo.

Sua primeira grande façanha aconteceu quando ele quebrou o recorde mundial no salto triplo – três saltos seguidos onde se mede a distância alcançada da linha de partida ao último salto. Foi em 1975, quando ele atingiu a fantástica marca de 17,44 metros. Ele conseguiu saltar a mesma distância mais duas vezes. É a mesma coisa que saltar um quarteirão inteiro!

O recorde de João só foi quebrado 10 anos depois, em 1985, pelo americano Willie Banks. Willie saltou 17,97 metros. Até hoje, nenhum atleta conseguiu superar esse recorde.

João do Pulo conseguiu a medalha de bronze no salto triplo nos Jogos Olímpicos de Moscou, em 1980, com a marca de 17,22, mas nunca se conformou com a anulação de três saltos seus, por queimar a linha. Para muita gente, pareceu que os juizes tinham forçado a barra para que o soviético Saneyev ficasse com a medalha de prata. Para João, restava a certeza de que havia batido os 18 metros e quebrado mais um recorde mundial. “Chorei pela primeira vez na minha vida”, confessou depois.

Em 1982, o atleta encerrou tristemente a carreira depois de um grave acidente de carro, em que perdeu a perna direita. Mas ficou para sempre na memória dos brasileiros como o grande João do Pulo.

Georgette Vidor, de 41 anos, é técnica da equipe feminina de ginástica olímpica do Clube de Regatas do Flamengo, no Rio de Janeiro. Em sua autobiografia, Georgette Vidor Sem Limites, lançada na 16ª Bienal Internacional do Livro pela editora Manole, ela conta toda sua trajetória, desde a infância até o acidente que a deixou paraplégica, em 1997, na via Dutra.

O desastre – que aconteceu após o ônibus que estava sua equipe e um caminhão – deixou 14 feridos e seis mortos. Georgette que já foi ginasta e bailarina sofreu fraturas nas Sexta, sétima e oitava vértebras com dano à medula, teve paraplegia flácida e ficou sem sensibilidade do tronco para baixo. Durante mais de 13 anos, ela vem preparando uma série de atletas brasileiras. Foi técnica da seleção brasileira juvenil e da adulta e conseguiu levar ginastas a três Olimpíadas e a três Pan-americanos.

Georgette diz que dará o melhor de si para conquistar outros jogos Olímpicos com sua garra e determinação supera a cada dia o que aconteceu e diz mais, é um dever encarar a vida como ela encarou, pois foi o que ela fez a vida inteira e que é um dever fazer o melhor em tudo.

Reinaldo Chiconi, aos 39 de idade, trabalhava em uma empresa conceituada em Americana, casado com a senhora Rosângela Chiconi, pai de três filhas. Quando ao passar por uma cirurgia para retirar uma Hérnia de disco na região torácica, onde não foi muito feliz, em função dessa cirurgia tornou-se paraplégico.

Sentiu muito sua deficiência, mas acabou se readaptando através dos trabalhos de reabilitação em uma clínica da AACD (Associação de Amigos à Criança Deficiente) em São Paulo, passou até mesmo a cuidar de si próprio com muito dificuldade e esforço e divide a sua vida com a família, principalmente com sua esposa considerada uma grande guerreira, diz Chiconi emocionado e a responsabilidade junto à comunidade que o elegeu como vereador, iniciou o seu trabalho na política como vereador e foi reeleito e agora ocupa o cargo dentro da câmara municipal por três mandatos. Acredita que tudo o que aconteceu na sua vida se tornou vida,

isto é, exemplos, inclusive o seu relacionamento com as questões públicas, e política. Chiconi acredita que seja uma missão de vida, pois não foi nada planejado, muito pelo contrario, Chiconi que não deixava de praticar esportes, hoje busca a felicidade, e considera que a felicidade está em fazer da sua vida uma vida com o próximo, por isso luta contra as diferenças sociais, barreiras arquitetônicas e contra o desânimo das pessoas. Tem uma bandeira levantada em prol das pessoas deficientes, contra o preconceito, a exclusão, até porque tem consciência das necessidades relacionadas a esse grupo de pessoas. Mas a sua luta não se limita a esse grupo somente, batalha pelos direitos das mulheres, das crianças, enfim da população menos favorecida. É uma pessoa responsável e muito profissional, sua batalha pelo seus direitos e do ser humano, acredita nas suas potencialidades, venceu e hoje tem a responsabilidade de continuar correspondendo ao voto de confiança que muitas pessoas depositaram nele. Chiconi vem realizando um trabalho de atenção aos deficientes, como também em várias instituições. É muito feliz, tem consciência de que depois do acidente (cirurgia) ele se tornou uma pessoa em cadeira de rodas, mas com ela pode até alcançar os seus sonhos.

Ao lermos, as histórias de vida de cada um acima, relatada, podemos perceber claramente o quanto, na trajetória pessoal de cada um, se evidencia, de uma forma ou de outra, a busca da construção de uma identidade pessoal que vai se configurando nos relatos sobre o cotidiano da vida de cada ser humano.

Esses relatos, permeados por situações simples e por indagações mais profundas *vão pouco a pouco, demonstrando o esforço feitos pelos mesmos para*

se inserirem na sociedade que os abriga. Alguns com mais facilidades outros com menos, todos entram por ocupar seu espaço social, realizar sonhos, criar relações, participar, enfim, se sentirem parte do todo que demarca a vida em comunidade.

Como percebemos nesse corpo a tarefa de realizar atividades diárias para suprir as necessidades básicas de movimentos, como andar em diversas direções, desenvolver diversas formas de colocar o corpo no espaço para dormir, fazer suas necessidades fisiológicas e outras situações como o sexo apesar de ser um assunto um pouco polêmico de sentir emoções, de receber e oferecer caminho.

Um ponto chave, isto é, papel importante é a existência da família na vida das pessoas ditas deficientes, pois essas pessoas precisam ser aceitas, entendidas, estimuladas, apoiadas e o primeiro contato que ela tem com a sociedade é através da família.

A família precisa compreender que existem diferenças e essas diferenças apresentam de forma concreta em alguns indivíduos.

Também os amigos, têm papel importante na vida desses seres humanos, são os amigos os responsáveis pelo o apoio nas horas mais difíceis pelo carinho e atenção nas horas necessárias, os mesmos são encontrados nas ruas, nas escolas, no trabalho, em qualquer lugar, principalmente na família.

Outro ponto que aparece muito forte é a religião, ponto de referência para o ser humano em relação à vida, onde o mesmo busca a explicação e orientação para o seu caminho enquanto o organismo está vivo.

2. CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS FÍSICAS.

As causas das deficiências físicas segundo Freitas (2002) podem ser divididas em: pré-natais, durante o parto e após o parto. Podendo ser em consequência de problemas ósseos, musculares ou de perturbações do sistema nervoso.

2.1-Pré-Natais: entende-se como problemas ocorridos durante a gravidez que podem lesar o feto. As principais são: infecções pelo cordão umbilical, toxoplasmose, sífilis, rubéola, meningite, desnutrição, radiações, má formação congênita.

2.2-Causas durante o parto: Eritroblastose fetal, Anoxia ou Asfixia, traumatismo durante o parto, pré-maturidade.

2.3-Causas após o nascimento: Infecções, traumatismos, Craniosinose, Alterações Circulatórias.

2.3.1-Deficiência Física – É uma variedade de condições não sensoriais, que afeta o indivíduo em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões neurológicas, neuromusculares e ortopédicas, ou ainda, de más formações congênitas ou adquiridas.

2.3.2-Deficiência Múltipla – É a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias (mental/visual/auditiva/física), com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

A deficiência física é um termo usado para “designar os indivíduos com comprometimento do aparelho locomotor que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso”. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida. Quando acontecem essas anomalias, não podem preocupar-se apenas em determinar os locais do sistema nervoso afetado e suas possíveis conseqüências.

Fazendo parte deste trabalho falaremos sobre algumas deficiências Físicas que podem ocorrer após um acidente e como classificam – se os distúrbios motores:

Uma amputação pode ser definida como a remoção de um membro ou parte dele, e pode ocorrer em conseqüência de um acidente; se preciso, como uma forma de preservação da vida do indivíduo, ou ainda, muitas pessoas nascem sem ou mais membros, ou com membros defeituosos que requerem amputação para Machado (1993), a amputação de um membro é decorrente de trauma, doença ou cirurgia, é definida como adquirida, por outro lado, se a deficiência ou redução de membro está relacionada à ausência congênita de toda a parte de uma extremidade, dizemos que a amputação aconteceu durante o período de nascimento.

Segundo Adams (1985), as amputações se classificam em quatro categorias:

2.3.3-Deficiência ou redução de membros: refere-se a ausência congênita de toda a parte de uma extremidade, evidente ao nascimento. A redução pode se restringir apenas aos dedos como também pode estar envolvida no decorrer da

formação do corpo (feto), de modo a gerar uma criança até com amputação completa dos quatro membros. É impróprio usar o termo “amputação congênita”.

2.3.4-Tumor: remoção de uma parte de um membro ou de todo o membro necessário à interrupção de uma doença maligna.

2.3.5-Trauma: resultante de um distúrbio físico repentino que pode remover um membro ou parte dele, também podendo causar uma lesão externa que somente um procedimento cirúrgico pode extrair (acidentes).

2.3.6-Doenças: amputação de um membro (geralmente a perna) devido a doenças circulatórias como a diabetes e a arteriosclerose, quando se tornam muito graves.

2.4-Posições corretas que o amputado deve adotar ações de vida diária segundo Araújo,(1992):

Amputados de coxa: sentar-se sempre com o coto em posição anatômica; preferivelmente deitar-se sempre de bruços; evitar que o coto permaneça fletido (para cima), e/ou abduzido (aberto), e/ou aduzido (uma em cima da outra); quando estiver de pé mantê-lo o mais reto possível.

Amputados de perna: manter o joelho estendido (coto alinhado com a coxa); quando ficar sentado por algumas horas, pôr uma cadeira ou banco a sua frente, para apoiar o coto.

Amputados de membro superior: procurar manter os ombros no mesmo nível, a fim de evitar futura escoliose.

2.4.1-AMPUTAÇÃO

A amputação pode ser definida como a consequência da retirada, parcial ou total, de um ou mais membros do corpo. As principais incidências de

amputação são causadas por traumas, câncer, infecções ou distúrbios vasculares. Com relação aos traumas, os oriundos de acidentes automobilísticos e de trabalho são os mais comuns Sherril, (1993: 612). Os indivíduos amputados não sofrem muitas restrições quanto à prática da atividade física e esporte. Desde que estejam devidamente preparados principalmente psicologicamente para a realização destas atividades, pois a perda de um membro ou parte dele significa para a pessoa, na maioria dos casos, um grande trauma emocional. A atividade física e o esporte são inestimáveis meios para se restabelecer a auto-estima e a autoconfiança, além de preparar o indivíduo para, se for o caso, receber uma prótese, uma vez que durante as atividades são trabalhadas inúmeras formas de fortalecer do coto, o equilíbrio e coordenação, levando a uma adaptação à sua nova situação.

2.4.2-POLIOMIELITE

A poliomielite é uma doença aguda, provocada por um vírus (poliovírus). Este vírus ataca a substância cinzenta da medula, destruindo as células motoras. Ele geralmente se aloja no corno anterior da medula motoras. Ele geralmente se aloja no corno anterior da medula, deixando como seqüelas paralisia nas áreas motoras correspondentes, mas preservando a sensibilidade. Existem 3 tipos de vírus: tipo 1 – denominado de Mahoney (forma paralisante), tipo 2 – Lansing e o tipo 3 – Coxsackie. A contaminação se dá pela boca e se multiplica através da corrente sanguínea.

O período de manifestação da pólio varia de 3 a 35 dias. E pode assumir algumas formas como:

Poliomielite parálitica: apresenta todos os sintomas acima citados, além

Infecção inaparente: não existem sintomas, o vírus se localiza na faringe, no intestino e provavelmente no sangue.

Doença branca: infecção sem evidência clínica ou laboratorial de invasão do SNC. Observa-se desconforto faríngeo, distúrbios gastrintestinais, náusea, vômito e gripe.

Poliomielite não parálitica: consiste em sinais de irritação do líquido na nuca e costas. A evolução dessa forma da pólio é benigna de acometimento das células nervosas motoras na medula, cérebro, com paralisia em vários músculos.

Dependendo do acometimento acarretado pela poliomielite, pode-se trabalhar as potencialidades através de exercícios, com objetivo de quebrar as tensões, permitindo assim uma exploração e o manuseio do seu esquema corporal, melhorando o sedentarismo e seqüelas secundárias, Freitas, (1999).

São inúmeras as formas de atividade que a educação física pode proporcionar: psicomotricidade, musculação, basquetebol, atletismo, vôlei e principalmente a natação. A natação constitui-se uma das atividades mais indicadas para fazer parte de um programa de reabilitação física, por propiciar um aumento de amplitude dos movimentos e o devido relaxamento muscular, através de exercícios para alongamento, flutuação, equilíbrio, respiração e mergulho Freitas, (1999).

2.4.3-TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO (TCE)

Caracteriza-se por uma lesão traumática, acometendo o crânio e/ou o encéfalo, podendo resultar em estado confessional ou coma.

As forças de aceleração ou desaceleração e a deformação física do crânio podem produzir rompimento da substância branca por força oposta, pelo choque entre a tábua interna do crânio e as regiões polares dos hemisférios cerebrais. Podem causar rompimento de vasos sangüíneos, alterações vasomotoras, edema cerebral e aumento da pressão intracraniana.

O TCE pode produzir, ou não, sintomas de déficit neurológico, evoluindo sem deixar seqüelas. Os traumatismos fechados, embora não apresentem lesões externas ou mesmo sinais externos, podem levar à morte. O traumatismo craniano, mesmo de pequena importância aparente, geralmente leva a uma perda da consciência. Um traumatismo aparentemente leve pode dar origem a um coma imediato e mais ou menos duradouro, provavelmente pelo mecanismo de abalo da massa cerebral (Toole, 1977).

2.5-TIPOS DE TCE

2.5.1-CONCUSSÃO CEREBRAL

Há “abalo” de massa do cérebro. Causa alteração transitória da consciência e funções cerebrais especificadas após o trauma. Compromete a memória para evento do acidente e período longo após o acidente, havendo amnésia retrógrada (fatos de minutos e dias antes do trauma) e queixa de confusão mental, com bonamento visual e instabilidade postural, vômitos, cefaléia, sonolência. O paciente deve ficar em observação por 24 horas para avaliação de possível evolução do quadro. As seqüelas mais comuns são: hemiparesia, hemiplegia e paraparesia. Toole,(1977)

2.5.2-CONTUSÃO CEREBRAL

Manifesta-se com áreas de amolecimento cerebral e/ou hemorragia capilar, encontradas particularmente sobre as superfícies dos lóbulos frontal e temporal, resultante do impacto do tecido nervoso contra a parede óssea, podendo ser no local do impacto (contusão direta) ou à distância (contra golpe).

Possíveis seqüelas: hemiplegia, monoplegia, afasia, distúrbios psíquicos e da memória.

2.5.3-DILACERAÇÃO CEREBRAL

Há perda da continuidade do tecido cerebral. Se há traumatismo aberto, há perda de substância. Tendo perda profunda e duradoura, seguida de amnésia, confusão mental, instabilidade postural duradoura. Pode-se evidenciar hemiplegia, disfunções mentais (memória e personalidade).

O quadro clínico depende da gravidade, localizada, estruturas comprometidas e evolução do trauma (Toole, 1977).

2.5.4-TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

(LESÃO MEDULAR)

O traumatismo raquimedular é caracterizado por um trauma na coluna vertebral, tumores ou má formação, atingindo a medula espinhal. Este trauma pode ser de forma parcial, quando apenas parte da medula é lesada, ou total, quando há uma lesão transversal da medula. Esta medula, uma vez lesada, não se regenera, levando a um distúrbio sensorial e motor nas regiões abaixo da lesão correspondente, proporcionando, assim a perda parcial (paresia) ou total (plegia) de seus movimentos e funções. Quando o comprometimento se localiza na região cervical a seqüela é caracterizada como uma tetraplégica ou uma

tetraparesia (acometimento do tronco e dos quatro membros). Por outro lado, se o comprometimento se localiza na região torácica, lombar ou sacral, a seqüela é caracterizada por uma paraplégica ou paraparesia (lesão dos membros inferiores e/ou tronco) (Toole, 1977).

2.5.5-A ATIVIDADE FÍSICA/ESPORTIVA E O PORTADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

O trabalho de atividade física com o lesado medular foi um dos percussores do envolvimento do desenvolvimento dos portadores de deficiência física com o esporte. No hospital de Stoke Mandeville, na Inglaterra, o neurocirurgião alemão Ludwig Guttman, após a Segunda grande guerra mundial, a implantação da atividade física e esportiva como meio de auxiliar na reabilitação dos pacientes com lesão na medula e realizando, também, a primeira competição internacional entre portadores de deficiência física, sendo sua realização feita até os dias de hoje (Jogos Mundiais de Stoke Mandeville).

Apesar do portador de lesão medular não sofrer grandes restrições quando à sua participação nas atividades físicas e esportivas, são recomendados alguns cuidados que devemos observar nas práticas destas atividades, tais como:

Devido à falta de sensibilidade e à dificuldade de troca celular em nível periférico abaixo da lesão, devemos cuidar para que o nosso aluno não tenha escoriações, que poderão facilmente induzir ou se transformar em uma úlcera de decúbito ou escara, que se não for bem cuidada poderá tomar proporções graves;

Observar os alunos que possuam hastes de metal de sustentação na coluna;

Não expor o aluno a temperaturas muito frias ou muito quentes, tendo em vista o distúrbio no sistema de regulação térmica;

Proporcionar proteção aos alunos com falta de controle do tronco, evitando quedas;

Observar a educação intestinal e urinária dos alunos, para evitar constrangimentos durante a prática da atividade. Adams, (1985)

2.5.6-ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A estrutura cerebral é extremamente dependente do fluxo sangüíneo, pois o tecido nervoso necessita de um suprimento contínuo de oxigênio e glicose para o seu perfeito funcionamento. A estrutura neuronal necessita de um suprimento contínuo de aproximadamente 72 litros de oxigênio e 150 gramas de glicose por 24 horas para seu metabolismo Toole, (1977). Qualquer desordem que leve a uma obstrução ou rompimento de vasos que interrompam esse fluxo, privando o cérebro do suprimento sangüíneo necessário para manter a estrutura neural em função, pode causar uma lesão permanente, o que é definido clinicamente de Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente chamado de Derrame (Ba, 1987).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, de acordo com Ba (1987) o AVC pode ser definido como:

“Um sinal clínico de desenvolvimento rápido de uma perturbação focal da função cerebral de possível origem vascular e com mais de 24 horas de duração”. Esta definição inclui a maioria dos casos de enfarte cerebral, hemorragia cerebral e hemorragia subaracnoidal.

Segundo Chusid (1985) podemos classificar os acidentes vasculares cerebrais espontâneos em: 1) trombose cerebral, 2) hemorragia cerebral, 3) embolia cerebral e 4) hemorragia subaracnóidea, citanda, como causas mais freqüentes, a

obstrução de uma das artérias cerebral posterior e anterior. No entanto, a hipertensão arterial é ainda um dos principais fatores de risco para um AVC. Na realidade o AVC é freqüentemente o ponto final da hipertensão, estudos realizados por Chusid (1984), demonstram que os homens com uma pressão arterial ($> 160/95$ mm/Hg) possuem quatro vezes mais probabilidade de sofrer um AVC do que um com pressão normal, por outro lado, os estudos de Risco-Relativo (RR) de Sherril (1993) mostraram que o risco de um AVC para as mulheres que também apresentavam uma hipertensão foi bastante significativo, concluindo-se, portanto, que a hipertensão é um fator de risco preponderante para um acidente vascular cerebral tanto para os homens quanto para as mulheres. Lockette (1994) cita como fatores de riscos adicionais e que podem ser tratados, o tabagismo, a obesidade, a ingestão excessiva de teor alcoólico, os níveis elevados de colesterol sangüíneo e a inatividade física. Outros fatores de risco também por Lockette(1994) são: o envelhecimento, a raça negra, o sexo masculino, diabetes mellitus, antecedentes de acidentes vasculares e a hereditariedade.

Segundo Chusid (1985), Lockette & Keyes (1994) p AVC pode ocorrer em qualquer idade, sendo que o risco de um acidente vascular cerebral aumenta linearmente com o avançar da mesma. Porém, a hemorragia e a trombose intracerebral são raras antes dos 40 anos de idade. O pico de incidência para a hemorragia cerebral é a idade de 50-70 anos. No que diz respeito ao sexo e a raça, pesquisas demonstradas por Nieman (1999) apontam que a incidência de um derrame no sexo masculino é 19% maior do que no sexo feminino e que o risco de morte ou incapacidade decorrentes de um derrame na raça negra, é de

60% do que nos brancos. Afirma ainda o mesmo autor com relação ao tabagismo que:

O tabagismo é a maior causa de derrame, porque ele lesa diretamente as células de revestimento dos vasos sangüíneos, aumentando a possibilidade de formação de coágulos e aumentando a pressão arterial de forma aguda. O risco de derrame de antigos fumantes cai para o nível dos não-fumantes dois a cinco anos após a interrupção do vício.

2.6-PRINCIPAIS CAUSAS DOS DIVERSOS TIPOS DE AVC

As doenças cérebro-vasculares são divididas em dois grupos gerais: as que produzem infarto cerebral isquêmico e as que levam à hemorragia intracraniana.

2.6.1-ISQUEMIA CEREBRAL E INFARTO

Segundo Toole (1970), todas as vezes que o suprimento sangüíneo cerebral é interrompido por um determinado tempo, mesmo que por 30 segundos, o resultado é uma isquemia, alterando, conseqüentemente, o metabolismo. Se este tempo aumenta, após 1 minuto, pode ocorrer a interrupção da função neural e, após 5 minutos, pode haver o infarto cerebral. De acordo com alguns estudos se a isquemia é transitória e durar menos de 10 a 15 minutos, pode não permanecer o déficit neurológico, contudo, se ultrapassar este limite podem ocorrer lesões neurais irreversível como disfunção neurológica, incapacidade ou mesmo a morte.

Ainda de acordo com Toole (1977) o infarto cerebral é o resultado da oclusão de uma artéria por trombose ou êmbolo. Dentre as causas mais comuns do infarto cerebral, Chusid(1982) destaca as seguintes

:

Processo aterosclerótico das artérias intra e extracranianas.

Embolia cerebral proveniente de:

- a) Doença cardíaca reumática;
- b) Infarto do miocárdio;
- c) Doença cardíaca e fibrilação atrial;
- d) Endocardite bacteriana subaguda;
- e) Endocardite trombótica não bacteriana;

Redução do fluxo sanguíneo cerebral, determinada por hipertensão severa ou disritmia proveniente de doença cardíaca;

Espasmo arterial cerebral seguido de hemorragia subaracnóideia;

Hipoxia cerebral generalizada proveniente de:

- a) Insuficiência cardiopulmonar;
- b) Embolia pulmonar;
- c) Envenenamento por monóxido de carbono;

Trombose cerebral devida a arterite:

- a) Doença vascular do colágeno;
- b) Artrite de células gigantes;
- c) Artrite bacteriana, incluindo a sífilis;

Trombose cerebral causada por policetemia ou isquemia determinada por anemia severa;

Trombose cerebral adjacente à hemorragia intracerebral;

Vasoconstrição arterial cerebral associada com enxaqueca;

Aneurisma dessecante da aorta ou dos grandes vasos do pescoço;

Hipertensão arterial.

2.6.2-EMBOLIA CEREBRAL

De acordo com Toole (1977) a embolia cerebral é o termo utilizado para descrever a oclusão de uma artéria ou vaso cerebral por uma pequena porção de coágulos sangüíneos, gordura, ar ou outra substância qualquer. O êmbolo pode obstruir completa ou parcialmente o vaso sangüíneo cerebral.

Toole (1977) afirma, ainda, que as embolias cerebrais nas crianças estão geralmente associadas a doença cardíacas reumáticas ou a endocardites infecciosas. Já nas pessoas idosas ou de meia idade, o êmbolo cerebral, freqüentemente, ocorre com a fibrilação atrial ou trombose coronariana.

2.6.3-TROMBOSE CEREBRAL

Chusid (1985) afirma que a trombose cerebral está freqüentemente associada com o amolecimento do encéfalo (encefalomalácia). A sua causa mais comum é, sem sombra de dúvida, a arteriosclerose. Contudo, outras causas podem levar a uma trombose cerebral, dentre elas, podemos citar as vasculites, meningites, encefalites, tromboangeítas obliterantes, obstrução mecânica por massa e infecções agudas sistêmicas da infância.

2.6.4-HEMORRAGIA CEREBRAL

Segundo Chusid (1985) a hemorragia cerebral resulta de uma ruptura de um dos vasos cerebrais e, na maioria das vezes, é resultante de um vaso arteriosclerótico doente. Outras causas compreendem a ruptura de aneurisma congênito e micótico, infecções agudas, apenas tóxicas, discrasias sangüíneas, traumas e doenças sistêmicas.

Toole (1977) afirma que: "... as hemorragias intracranianas podem ser classificadas de acordo com a localização (extradural, subdural, subaracnóidea, parenquimatosa ou intraventricular)".

De acordo com a natureza do vaso ou dos vasos rotos (arterial, capilar, venosa) e de acordo com a causa (degenerativa ou traumática) cada uma das formas de hemorragia produz um quadro clínico e patológico característico.

O mesmo autor constata, ainda, que a principal causa das hemorragias cerebrais é produzida pela ruptura de aneurismas arteriolares provocada pela hipertensão arterial constante. Foi constatado, também, que cerca de 80% das hemorragias intracerebrais hipertensivas são fatais.

2.7-EFEITOS FÍSICOS

MOVIMENTO E COORDENAÇÃO

HEMIPARESIA

Perda parcial de movimento no lado oposto do corpo ao do acidente vascular cerebral. É o resultado mais freqüente de um AVC. Outro sinal físico característico é denominado de HEMIPLEGIA (paralisia em um dos lados do corpo, também oposto ao lado do acidente vascular cerebral).Admas(1985)

2.7.1-CONDIÇÕES ASSOCIADAS

Segundo Lockette & Keyes (1994) a disfunção motora é o resultado mais freqüente de um acidente vascular cerebral. Ela nem sempre representa o déficit mais significativo ou limitador, contudo, dependendo do local do cérebro onde ocorreu o distúrbio, as condições pós-acidente podem incluir: problemas de percepção e do campo visual, problemas de linguagem, problemas no ombro, disfunção respiratória, distúrbio cardiovascular e carência de anticoagulação, o que, naturalmente, à início de um programa de atividade física.

2.7.2-ESPINHA BÍFICA

É uma anomalia congênita, caracterizada por um defeito no desenvolvimento de um ou mais arcos vertebrais, através dos quais o conteúdo do canal espinhal pode projetar-se. Geralmente acomete a região lombar, mas outras regiões podem ser comprometidas. Existem quatro tipos de espinha bífida. Chusid(1985):

1. Espinha bífida oculta;
2. Meningocole;
3. Meningomielocoele
4. Hidrocefalia;

2.7.3-ESPINHA BÍFICA OCULTA

É um defeito na fusão do arco neural posterior. Geralmente é assintomática. Ocasionalmente é detectada em radiografias. Não necessita de tratamento. Nesse caso, a pele e a medula espinhal são normais (Chusid, 1985).

2.7.4-MENINGOCELE

Fala-se em meningocele quando a meninge (que recobre a medula espinhal), constituída por dura-máter, aracnóide e líquido cefalorraquiano, passa pelo defeito da coluna vertebral, fazendo uma saliência. Raramente está associado a algum déficit neurológico. Seu único problema é a ruptura do saco e infecção ascendente (meningite). O fechamento cirúrgico é indicado para impedir complicações. Ba, (1987)

2.7.5-MENINGOMIELOCELE

É caracterizado meningomielocoele, quando, além da meningite, houve procedência de tecido nervoso da medula espinhal. A meningomielocoele é o tipo mais comum de espinha bífida e sempre está associada a um déficit neurológico.

Requer intervenção cirúrgica precoce para correção. Ocorre com uma frequência de 4 a 5 vezes maior que os tipos. A natureza e o grau de envolvimento depende muito da localidade da lesão. O tipo sacral, apresenta franqueza restritas aos pés e as lombares médias afetam as pernas e os pés. As lesões lombares altas provocam paresia (paralisia parcial dos músculos de todo o membro inferior). Ba, (1987)

2.7.6-HIDROCEFALIA

A hidrocefalia é uma das malformações congênitas mais comuns. Caracteriza-se por um aumento anormal do tamanho da cabeça, estando freqüentemente provocado por uma absorção inadequada do líquido cefalorraquiano e pode estar presente ao nascimento ou nas primeira 6 semanas de vida. A cirurgia é necessária para instalação de uma derivação para drenagem do líquido: através da para drenagem para a corrente sangüínea ou para a cavidade abdominal.

O tratamento precoce é muito importante, desde o fechamento da mielomeningocele e prevenção ou correção da hidrocefalia.

As seqüelas apresentadas irão depender do tipo do tratamento utilizado e da época de sua adoção. Elas podem ser : perda de sensibilidade, hipotonia, deficiência mental, visual, física e auditiva. Ba(1987)

2.8-INPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA COM HIDROCEFÁLICOS

Os professores de educação física deverão inicialmente analisar o grau de comprometimento, trabalhando as possibilidades do aluno. Entre as atividades a serem desenvolvidas estão: atividades de estimulação essencial, psicomotricidade, natação, pequenos jogos, entre outros. As úlceras de decúbito

(escaras) podem se desenvolver rapidamente. Em função disso o professor deverá estar atento aos materiais utilizados e aos tipos de piso. Apesar de não ser encontrado na literatura qualquer recomendação com relação à profundidade dos mergulhos na natação, recomendamos cuidados especiais com estas atividades com alunos portadores de hidrocefalia Freitas, (1999).

2.8.1-PARALISIA CEREBRAL

A paralisia cerebral é definida como “uma desordem do movimento e da postura devido a um defeito ou lesão de cérebro imaturo” Bobath,(1989).

De acordo com Bobath (1989) a paralisia cerebral é de caráter não progressivo e provoca debilitação variável na coordenação de movimentos, resultando na incapacidade da criança em manter posturas e realizar movimentos normais.

2.8.2-Paraplegia e Tetraplégica

A consequência mais conhecida das lesões medulares refere-se a um comprometimento parcial do controle motor dos membros ou à perda total de notilidade voluntária autônoma Souza (1994). As lesões medulares se apresentam em dois tipos mais comuns: paraplegia, onde as duas pernas são afetadas, e tetraplégica, onde os quatro membros são atingidos.

A paraplegia pode ser definida como paralisia de ambas as pernas e parte inferior do tronco, resultante de uma lesão medular torácica ou lombar. Souza (1994), explica que o termo paraplegia refere-se a paralisia de dois membros simétricos do corpo, seja dos braços ou das pernas, porém, na prática, quando não se tem detalhes adicionais usamos a palavra paraplegia relacionada a paralisia dos membros inferiores.

Antes de 1940, muitos paraplégicos morriam pouco tempo depois da lesão por infecções urinárias, pneumonia e choque (Adams, 1985). Durante a Segunda Guerra Mundial, a atenção médica foi atraída por muitos membros das Forças Armadas que se tornaram paraplégicos. Os avanços nos tratamentos, desde então, tornaram possível que os paraplégicos vivessem uma vida ativa e produtiva e, em muitos casos, com longevidade normal.

O objetivo principal em relação a um paraplégico é a combinação do uso de muletas e órteses para andar, e uso de cadeira de rodas para a locomoção.

A Tetraplégica, segundo Souza (1994), refere-se ao comprometimento dos quatro membros em função de lesão medular.

Os indivíduos tetraplégicos sempre necessitam de algum cuidado assistencial, pois geralmente eles são incapazes de se transferirem da cama para a cadeira de rodas e vice-versa, sem auxílio. Adams (1985), explica que um paciente tetraplégico com uma lesão na 6ª ou 7ª vértebra cervical deve ser capaz de impulsionar sua cadeira de rodas se colocando de modo que possa usar o bíceps em vez do tríceps, dessa maneira ele pode se locomover em casa, mas para sair ele precisará de ajuda. Os pacientes com lesão acima da 6ª vértebra cervical necessitam de cuidados mais contínuos. O principal objetivo em relação a um indivíduo tetraplégico é que ele aprenda a se locomover na cadeira de rodas e, se sua condição permitir, aprenda outros movimentos adicionais.

Adams (1985), afirma que a maior parte dos pacientes com tetraplégica apresenta lesões no nível da 6ª ou 7ª vértebra, e existe um movimento maior entre essas vértebras, o que proporciona uma maior chance para deslocamentos. de um tríceps bom e flexo-extensão normal ou boa dos dedos, afeta o equilíbrio e a habilidade de andar (Pereira, 1996).

Nas lesões torácicas T1 a T5, ocorre paraplegia completa ou incompleta abaixo de Traumatismo raquimedular: é o comprometimento da medula espinhal por lesão, podendo ser completa ou incompleta.

Um trauma completo envolve a perda total de função sensitiva e motora abaixo do nível dela, o que, geralmente, pode ser determinado em 72 horas depois do trauma.

Um trauma incompleto significa que há preservação parcial da função sensitiva ou motora, ou ambas, abaixo do nível do trauma. Um trauma incompleto comum é a síndrome central da medula, na qual as funções sensitivas são melhores preservadas e os membros inferiores são mais fortes que os superiores. Com trauma incompleto, o prognóstico é extremamente variável e é impossível prever a evolução, podendo haver somente leve poupança sensitiva ou recuperação quase incompleta. “... aproximadamente 50% dos pacientes com trauma raquimedular incompleto andarão dentro de 4 anos após o trauma” Machado,(1993).

O nível do trauma é determinado por cuidadoso exame neurológico, e não pelo nível de luxação ou fratura óssea, sendo que os níveis mais comuns de trauma são C5-6, T6-7 e T12-L1, cuja classificação é baseada no ponto da medula espinhal em que sofreu a lesão, a letra em maiúsculo representa a região da coluna vertebral acometida, e o número, o segmento abaixo do qual ocorreu a lesão. “... 50% dos pacientes ficam tetraplégicos e outros 50% ficam paraplégicos” Machado,(1993).

As definições mais utilizadas para classificar as deficiências físicas e motoras segundo autores como: Adams (1985), Pereira (1996) e Santos (1989), são estabelecidas como: Cervical (C), Torácica (T), Lombar (L) e Sacral (S).

Nas lesões medulares cervicais, quando altas (C1 a C3), podem determinar a morte imediata da pessoa devido a suspensão da respiração, quando baixas (C4 a C6), são as lesões completas ou incompletas, com tetraplégica, envolvendo ambas as mãos, fraqueza do tríceps e grave fraqueza do tronco e membros inferiores, interferindo significativamente no equilíbrio do tronco e na habilidade de andar; C7 são as lesões com tetraplegia completa e incompleta, envolvendo os membros superiores, com preservação de um tríceps bom ou normal e com uma fraqueza generalizada do tronco e dos membros inferiores, interferindo no equilíbrio do tronco e na habilidade de andar; C8 são as lesões com tetraplegia completa ou incompleta envolvendo os membros superiores, com preservação T1, paralisia total abdominal ou músculos abdominais fracos, não apresentando equilíbrio útil do tronco, são dependentes de cadeira de rodas. Nas lesões torácicas T6 a T10 ocorre paraplegia completa ou incompleta com musculatura abdominal superior e extensores da coluna suficientes para fornecer algum equilíbrio sentado; nas lesões T11 a L2, ocorre paraplegia completa ou incompleta abaixo de T10, com pouca ou nenhuma força do quadríceps e paralisia glútea (Adams,1985).

Nas lesões medulares lombares, de L3 a L4, ocorre paraplegia completa ou incompleta abaixo de L2 com quadríceps pouco funcional, de L5 a S1, necessitam de bengalas para locomoção (Pereira,1996).

Nas lesões sacrais, S2 a S5, ocorre independência na mobilidade, porém o indivíduo tem problemas com a função de vesícula e intestino, afetando os movimentos dos esfíncteres do ânus e uretra.

Dentre as diversas conseqüências possíveis das lesões medulares, podemos relatar:

Perda da sensibilidade: nas paraplegias e tetraplegias, da altura da lesão para baixo há uma perda da sensibilidade, o que é muito perigoso no esporte sobre cadeira de rodas pois a sensibilidade é um mecanismo de defesa, e durante um jogo, por exemplo, pode ocorrer um acidente, o atleta não perceber e posteriormente tornar-se um quadro infeccioso grave.

Redução da capacidade respiratória: a lesão das três primeiras vértebras cervical tem como consequência a paralisia do nervo frênico, ocasionando a morte do indivíduo, já que ocorre parada respiratória. Já lesões até a altura da Segunda vértebra torácica (T2), provocam uma redução do volume respiratório.

Disfunção do sistema de regulação térmica: quando a produção de calor supera a ação de dissipação, pode haver retenção do calor no interior do corpo, provocando a elevação da temperatura central, cujo fenômeno é denominado hipertermia, mas por outro lado, existe um mecanismo de “aclimação ao calor”, que é um conjunto de ajustes fisiológicos que permitem uma maior tolerância ao calor.

Úlceras (escaras) de decúbito: localiza-se em áreas de necrose tecidual produzida por isquemia por pressão externa excessiva e bloqueio do fluxo sangüíneo capilar, elas geralmente ocorrem em proeminências ósseas. Quase nunca, contudo, a pressão direta isolada é a causa de lesão da pele, a distorção e deslizamento da pele são dois outros importantes mecanismos de trauma tecidual em pacientes com úlcera de pressão (Pereira.1996).

Incontinência urinária e distúrbio do esfíncter retal: as lesões medulares levam a paralisia espástica da bexiga, levando-a a um esvaziamento automático toda vez que seu enchimento atingir certo volume. Nas lesões modulares que há secções transversas acima dos centros da medula lombossacra, tem-se como

consequência a retenção de fezes. No caso de lesões a nível das 2ª e 4ª medulas sacras ocorre abolição do reflexo anal, existe incontinência anal e eliminação involuntária de fezes quando estas estão líquidas ou amolecidas. Machado, (1993)

Osteoporose: o aumento da porosidade dos ossos advém de alterações fisiológicas e do comprometimento motor em paraplégicos e tetraplégicos.

Com a elevação da porosidade os ossos se tornam mais frágeis e propensos a fraturas, necessitando de um tratamento fisioterápico e medicamentoso.

Disreflexia Autonômica ou hiper-reflexia autonômica: é uma síndrome que pode ocorrer em pacientes com traumatismo raquimedular em T4-6 ou acima, sendo que um episódio de disreflexia pode ocorrer subitamente e dramaticamente. Uma cefaléia em marteladas, sudorese profusa, desconforto vago e manchas cutâneas acompanham hipertensão e queda na frequência cardíaca. A hipertensão pode ser maligna e, se não tratada, pode resultar em perda da consciência total, crises compulsivas, distúrbios visuais, apnéia e acidentes vasculares cerebrais, podendo ocorrer óbito Machado, (1993).

A causa mais freqüente na deflagração desta síndrome é a hiperdistensão da bexiga.

3. DEFICIÊNCIA: TERMINOLOGIAS E CLASSIFIÇÕES.

Segundo Carmo (1991), o termo deficiente vem sendo atribuído aos membros de uma sociedade que apresentam alguma forma de anormalidade ou diferenciação perante os demais membros, quer no domínio cognitivo ou no motor. Segundo este autor, os conhecimentos de normalidade e anormalidades são freqüentemente aplicados, porém, observamos que tais conceitos não são claramente delimitados. Quer na mesma cultura, quer em culturas diferentes, não sabemos com certeza o que é normal ou anormal.

No sentido genérico do termo, a deficiência é a desvantagem que um indivíduo deve suportar. Neste sentido, cada ser humano, de acordo com sua história genérica e pessoal, está sempre com menor ou maior desvantagem em certas situações ou circunstâncias, mas o fato tem apenas uma importância relativa já que a desvantagem num campo da relação pode ser compensada por facilidades em outros. De qualquer modo, é sempre o indivíduo que suporta, ele é obrigado a ser e atuar com suas competências pessoais, Carmo, (1991).

As dificuldades do deficiente podem ser consigo mesmo, isto é, com o próprio corpo, uma vez que a atualização dos processos predeterminados, e conseqüentemente das potencialidades, implica o uso dos elementos corporais e a integridade do sistema nervoso. As dificuldades podem originar-se ainda no mundo das pessoas, como rejeição, ausência de comunicação, choques afetivos e ainda. E podem também originar-se no contexto material, como dificuldades para se mover, carências de espaço, de objetos e de modelos.

Assim, sendo, a pessoa deficiente por razões somáticas, neurológicas, relacionais ou outras, é sempre ela que constrói sua pessoa, mas terá desvantagens em comparação às outras pessoas que têm ao mesmo tempo toda sua integridade e relações favoráveis, Carmo, (1989).

No relatório da reabilitação internacional ao UNICEF encontram-se as definições para impedimento, deficiência e incapacidade divulgados pela organização mundial da saúde (OMS) da seguinte maneira (Unicef/Brasil, 1980).

Impedimento: um dano psicológico, fisiológico ou anatômico, permanente ou transitório, ou uma anormalidade de estrutura ou função.

Deficiência: qualquer restrição ou perda na execução de uma atividade, resultante de um impedimento, na forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano.

Incapacidade: uma deficiência que constitui uma desvantagem para uma determinada pessoa, porque limita ou impede o desempenho de uma determinada função que é considerada normal dependendo da idade, sexo, fatores sociais e culturais para aquela pessoa.

“Em grande parte, são as barreiras sociais, políticas econômicas e culturais as principais causas dos problemas enfrentados pelas pessoas portadoras de deficiência, para atingir aos objetivos proclamados pelas Nações Unidas por ocasião do Ano Internacional das Pessoas com Deficiência: ‘Participação Plena e Igualdade’. Este quadro evidencia que os maiores problemas estão situados na interação entre as pessoas e um meio social padronizado e segregado e, portanto, adequadamente para tratar com as diferenças de toda ordem.”

A “deficiência” somente é plenamente instalada quando são negadas à pessoa que a porta, as oportunidades para o exercício do convívio comunitário, e que incluem os aspectos mais básicos da vida: educação, trabalho, habitação, segurança econômica e pessoal, entre outras. Se, por um lado, as pessoas portadoras de deficiência exigem ver removidos os entraves para sua integração social, por outro lado, tampouco pleiteiam qualquer espécie de privilégios, recusando, por conseguinte todo tipo de assistencialismo que são oferecidos na linha do mero “atendimento”, sem propostas de efetiva mudança social. O que as pessoas portadoras de deficiência estão a exigir é tão somente equiparação de oportunidades” (Carmo, 1994.)

Existe uma dificuldade muito grande entre os autores de classificar, ou definir e como utilizar a expressão “deficiente”. Na definição de Sasaki (1997) “o

termo **necessidades especiais** é aqui utilizado com significado mais amplo do que estamos habituados a supor. Às vezes, encontramos na literatura, em palestras e em conversas informais o uso das expressões pessoas portadoras de necessidades especiais, pessoas com necessidades especiais, e portadoras de necessidades especiais como sendo melhor do que usar as expressões pessoas portadoras de deficiência e portadoras de deficiência, no sentido de que, assim, seria evitado o uso da palavra “deficiência”, expressões pessoas portadoras de deficiência e portadoras de deficiência, no sentido supostamente desagradável ou pejorativa.

Entre os profissionais que trabalham com deficientes, as seguintes classificações: deficiente da visão, deficiente do áudio comunicação, deficientes mentais, deficiência motora e por último, os deficientes físicos, que são os de interesse à esse trabalho e se dividem em disfuncionados, epiléticos, paralíticos, cerebrais e medulares.

A seguir, veremos a divisão e uma breve definição de cada deficiência segundo Machado (1993):

Deficiência Visual – É redução ou perda total da capacidade de ver com melhor olho e após a melhor correção ótica. Manifesta-se como: cegueira – perda da visão, ambos os olhos, de menos de 0,1 no olho melhor, e após correção, ou um campo visual não excedente de 20 graus, no maior meridiano do melhor olho, mesmo com o uso de lentes para correção; e visão reduzida.

- Acuidade visual entre 6/20 e 6/60, no melhor olho, após correção máxima.

Deficiência Auditiva – É a perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da capacidade de compreender a fala através do ouvido. Manifesta-se como surdez leve/moderada – perda auditiva de até 70 decibéis, que dificulta, mas não impede

o indivíduo de se expressar oralmente, bem como de perceber a voz humana, com ou sem a utilização de um aparelho auditivo e surdez severa/profunda – perda auditiva acima de 70 decibéis, que impede o indivíduo de entender, com ou sem aparelho auditivo, a voz humana, bem como de adquirir, naturalmente, o código da linguagem oral.

Deficiência Mental – Esse tipo de deficiência caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptada ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho.

3.1- ENTENDENDO OS DISTÚRBIOS MOTORES E SUAS PRINCIPAIS CAUSAS.

Caracterizasse por distúrbio motor uma disfunção da estrutura anatômica do indivíduo.

Classificam-se em:

Ortopédicos: que são aqueles que envolvam problemas do músculo, articulações, e ossos (Freitas, 1999).

Neurológicos: aqueles que envolvam as deteriorações ou lesões do sistema nervoso (Freitas,1999).

Freitas (1999) destaca a seguir as principais causas responsáveis pelas deficiências:

Acometimento da lesão medular poderá ocorrer:

Através de armas de fogo;

Armas brancas;

Acidente de trânsito (carros, motos, etc.);

Acidente de trabalho (quedas de locais altos);

Mergulho em águas rasas (piscina, rios, etc.);

Doenças;

Má formação do feto, entre outras.

De acordo com Duarte & Werner (1995) os distúrbios motores podem ser considerados de duas formas:

Congênitos: é aquele adquirido durante a gravidez, parto, pós-parto e até seis anos de vida.

Adquiridos: surgem após os seis anos de vida, quando o indivíduo sofre lesão em decorrência de acidentes ou doenças.

De acordo com a evolução Matos (1994) classifica as lesões em:

Lesões Medulares: tumores, má formação arterio-venosa, fraturas e traumas nas vértebras da coluna que destroem as células de uma determinada região da medula, as células nervosas não se regeneram, fazendo com que as áreas motoras e sensoriais a perda total o parcial de suas funções.

Paralisia Cerebral: é uma lesão permanente do cérebro, leva a pessoa a distúrbios do tônus muscular e funções motoras, pode vir acompanhado de outras lesões, são classificadas quanto ao tônus em (espásticos, atetóide, atáxico e flácido) quanto ao acometimento podem ser (leve, moderada e grave).

Acidente vascular cerebral: é uma interrupção na circulação cerebral, causando lesões nas áreas correspondentes sensoriais ou motoras.

Poliomielite: causada por um vírus que destrói células motoras e se aloja no corno anterior da medula, pode deixar como seqüela paralisia nas áreas motoras correspondentes.

Distrofia muscular: entre outros a mais conhecida é a ducchenne. Caracterizada pela deteriorização da musculatura esquelética voluntária, diminui a contração muscular, progressiva e causa a morte.

Amputação: retirada de algum órgão, ou ausência congênita do mesmo.

Espinha Bífida: alteração ou fechamento de um ou mais arcos vertebrais, causando distúrbios neurológicos e desvio de estrutura óssea.

3.2-BENEFÍCIOS DAS ATIVIDADES FÍSICAS PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Segundo Costa (1995) atividade física adaptada e qualquer atividade, que levando em conta limitações físico-motoras, sensoriais, e mentais impostas pelas deficiências, apresentam modificações e adaptações nas regras, materiais ou no campo de jogo, proporcionando melhores condições para o desenvolvimento da atividade levando em conta a debilidade.

Portanto em se tratando de deficiência, não é suficiente conhecer apenas características físicas, mas também a relação existente entre as atividades esportivas e as deficiências individuais .

Desta forma Costa (1995) apresenta algumas perspectivas oferecidas pelas atividades físicas aos portadores de deficiência física.

Oportunidade de aprendizagem de novos movimentos

Aprendizagem de novos jogos

Interação com novas pessoas

Oportunidade de realização de novas formas de recreação e lazer

Oportunidade de participar de eventos esportivos de competição (regional, nacional internacional)

Auxílio na terapia e reabilitação

Desenvolvimento da auto estima

Melhoria da auto-imagem

Experiência com seu próprio corpo, envolvendo situações de cansaço, relaxamento, tensão, preparo físico, etc...

Podemos citar os benefícios que a atividade física proporciona aos diversos órgãos do ser humano, em especial para pessoas portadoras de necessidades especiais de acordo com Chusid (1985):

Sistema de regulação térmica:

Está diretamente ligado as oscilações que ocorrem em nosso organismo, os vasos cutâneos desempenham papel importante, pois captam as sensações e transmitem. Ex.: sensações de frio e calor que temos no dia a dia

CORAÇÃO E APARELHO RESPIRATÓRIO:

E de fundamental importância já que a atividade física apresenta grande melhoria do sistema circulatório e coração, pois o esforço físico faz com que aumente o metabolismo promovendo o fortalecimento da musculatura cardíaca, fazendo com que aja uma diminuição da pressão sanguínea sistólica e um leve aumento da diastólica fazendo com que a capacidade de transporte de oxigênio

aumente, melhorando a elasticidade dos vasos sanguíneos e redução do esforço cardíaco.

APARELHO RESPIRATÓRIO.

Provoca o fortalecimento dos músculos respiratórios, aumentando o volume máximo e também da elasticidade da caixa torácica.

3.3- RELAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA DESPORTIVA COM A DEFICIÊNCIA FÍSICA.

Para elaborarmos um programa de atividade física para pessoas portadoras de deficiência não podemos esquecer que independente das dificuldades impostas pelas deficiências, os indivíduos possuem potencialidades particulares que podem ser desenvolvidas se utilizarmos estímulos adequados. Portanto devemos tomar cuidado com as atividades aplicadas para não gerar desconforto ou desestimar a prática da atividade física.

Segundo Costa (1995) um planejamento cuidadoso e imprescindível e deve levar em conta os seguintes aspectos:

- *Qual o objetivo a ser alcançado, para que possamos elaborar a melhor estratégia de ensino.
- *As limitações impostas pela deficiência (físico-motora, intelectual e emocional)
- *Que atividades, materiais ou equipamentos podem oferecer riscos para o aluno.
- *Que materiais e locais são mais adequados.
- *Quais atividades proporcionam mais alegria, prazer e motivação.

3.4-OBJETIVOS DA ATIVIDADE FÍSICA/ESPORTIVA COM PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA.

Os objetivos que orientam a prática pedagógica da atividade físico/desportivas devem ser construídos sustentados de forma que não firam as particularidades de cada aluno. Neste sentido Costa (1995) apresenta alguns indicadores para facilitar a formação dos objetivos que norteiam um planejamento e nossa prática.

De frustrações Integração consigo mesmo e conseqüente eliminação minimizarão das barreiras com seu eu próprio.

Contato ou confronto com outras pessoas, deficientes ou não.

Identificação e desenvolvimento das reais potencialidades.

Vivência de situações de sucesso, possibilitando a melhoria do processo de auto-valorização e auto confiança..

Combater o sedentarismo.

Melhoria das condições organo-funcionais, envolvendo os aparelhos respiratórios, circulatórios etc..

Aprimoramento das qualidades físicas (resistência, força. Velocidade etc)...

Desenvolvimento das habilidades físicas (coordenação, ritmo, equilíbrio etc)...

Alegria e prazer pela realização da atividade físico / esportiva.

Possibilidade de acesso a prática de esporte, como lazer, reabilitação e competição.

Desenvolvimento da autonomia e independência locomotora na cadeira de rodas(tocar a cadeira em vários ritmos, direções e formas

Estímulo às funções do tronco e membros superiores.

Adaptação do movimento de acordo com as limitações.

Prevenção de deficiências secundária.

Estímulo a superação, frente a situações.

4 . DEVERES E DIREITOS DO CIDADÃO E DO ESTADO

Basta pensarmos em uma situação completa e entenderemos que nossas mãos seriam os nossos olhos”. Basta pensar em não termos voz e nossas mãos “seriam a boca” para nos comunicarmos com o mundo. Carmo(1994).

É com as mãos hábeis que um cirurgião salva, traz uma criança ao mundo, é com as mãos que melodias harmoniosas são tiradas dos instrumentos, que são pintados os mais belos quadros e escritos as mais incríveis histórias. É com as mãos que nos alimentamos e levamos o sustento de nossas famílias, que milhares de trabalhadores constróem esse País todos os dias.

Assim, constituem, mas só uma parte de nosso corpo, mas uma parte através da qual vivenciamos o mundo. Foi quando o homem descobriu no início dos tempos que poderia manusear as ferramentas com as mãos que a civilização deu os passos mais rápidos no caminho de desenvolvimento. E até hoje, não há ferramentas com tamanha precisão, sensibilidade, leveza, e versatilidade.

É com as mãos que operamos as máquinas e, portanto, é a parte do nosso corpo que mais expomos a riscos e acidentes e, infelizmente, é o nosso corpo que mais sofre danos em acidentes. Dito isto, não é preciso imaginar o qual seria infortuno de perdermos as nossas mãos ou partes do nosso corpo.

A sociedade tem como padrão de ser humano aquele que é bonito, esbelto, perfeito e produtivo. Nesta cultura, as pessoas portadoras de deficiência são marginalizadas e consideradas “um peso” para a sociedade de como alguém que nada tem para contribuir. Muitas vezes são considerados como indivíduos de terceira categoria, sem que seus direitos sejam respeitados.

Constituição Federal - Brasil / 1988

Título II- Dos direitos e Garantias Fundamentais:

“Art.5º- Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

II- ninguém será obrigado à fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei;

III- ninguém será submetido a tortura nem a tratamento desumano ou degradante”.

Quase sempre a sociedade considera a exclusão como forma de resolver suas diferenças com as pessoas portadoras de deficiência, mesmo que essa saída venha a ferir os direitos mais básicos do ser humano, e diretamente o artigo 5º da Constituição Federal, ou seja, o direito ao convívio, ao desenvolvimento, e o de fazer parte de sua própria sociedade. Os itens II e III desse mesmo artigo, também sofrem com o despreparo da sociedade para com a pessoa portadora de deficiência.

No caso do item I por exemplo, na maioria das vezes, esses indivíduos vêm-se obrigados à deixar os estudos, seja por falta de transporte até os órgãos educacionais, ou por dificuldades no acesso aos logradouros dessas instituições,

já no caso do item II do artigo 5º, o tratamento degradante se expressa no constrangimento do portador de deficiência depender sempre de ajuda e boa vontade de terceiros para ultrapassar barreiras como degraus, valetas, banheiros e bebedouros inacessíveis, etc.; ao ser carregado, esses indivíduos estão se expondo ao perigo, pondo em risco sua própria integridade física.

Assim, vemos que:

“O direito à igualdade surge como regra de equilíbrio dos direitos das pessoas portadoras de deficiência. Toda e qualquer interpretação constitucional que se faça, deve passar, obrigatoriamente, pelo princípio da igualdade” (Araújo, 1994), sendo respeitado o princípio da igualdade, todos os outros direitos viriam a ser cumpridos naturalmente. Mas se ao contrário disso, como citam os autores, Assis e Pussoli (1992), continuar o não reconhecimento e cumprimento das leis e dos direitos reservados às pessoas portadoras de deficiência, esses indivíduos permanecerão banidos da vida em comunidade, vida esta garantida pela cidadania e conquistada por lei, por isso, não ter acesso à vida em sociedade, perder sua condição de cidadão, significa perder o acesso, o direito à igualdade, e mais:

“ Aquele que se vê destituído da cidadania, ao ver-se limitado à esfera privada fica privado de direitos, pois estes só existem em função da pluralidade dos homens, ou seja, da garantia tácita de que os membros de uma comunidade dão-se uns aos outros (Assis & Pussoli, 1992)”.

O problema é que temos como modelo para a estruturação da sociedade, apenas a referência de “cidadãos normais”, não considerando as especificidades das pessoas portadoras de deficiências. Assim, por mais que as leis sejam atuais e avançadas, o acesso da pessoa portadora de deficiência aos “bens e serviços

essenciais ao desenvolvimento individual e coletivo" (Constituição Federal), é quase sempre barrado.

Portanto, as condições para o exercício da cidadania da pessoa portadora de deficiência é feito somente de forma aparente, porque efetivamente, esses direitos não encontram respaldo na realidade, ou seja, as leis, não possuem verdadeiramente nenhum significado, pois, raramente são postas em prática.

Capítulo II- Dos Direitos Sociais:

“Art.6º- São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição”.

Sobre esse artigo constitucional podemos discutir a conotação muitas vezes voltada ao paternalismo por parte do Estado em relação à pessoa portadora de deficiência, pois, esses indivíduos, encontram muito mais facilidades no acesso aos itens como saúde, lazer, previdência e assistência social, do que ao que se refere à educação e trabalho; talvez este quadro se dê ao fato de que a proteção, o acolhimento seja também uma forma de exclusão, “colocar o portador de deficiência em uma redoma”, pode ser um desengano de consciência para a sociedade, afinal, protegendo e cuidando desses indivíduos, aparentemente, o Estado bem como toda a sociedade está cumprindo totalmente seu dever para com esta camada da população. Mas, para a pessoa portadora de deficiência, essa “proteção” pode significar uma prisão, uma privação de suas capacidades. Direitos como a educação e o trabalho, contribuem para o desenvolvimento social e intelectual do indivíduo, e na maioria das vezes são colocados em segundo plano pela sociedade.

Capítulo II- Da União:

“Art.23- É da competência comum da União, dos Estados, do distrito Federal e dos Municípios:

II- cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

“Art.24- Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XIV- proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência”.

Nesse capítulo, podemos observar que, o interesse e a preocupação em relação às pessoas portadoras de deficiência existem e são bem clara, estipular os direitos e estabelecer as garantias dos mesmos é um dever participado à todos os segmentos da União. E apesar de cada um, União, Estado e Município terem sua própria legislação, todas, apresentam sobre esse assunto, quase que um mesmo entendimento, elaborando assim, leis muito parecidas umas com as outras, como veremos mais adiante.

Título IV- Da Organização dos Poderes:

“Art.103- §2º Declarada a inconstitucionalidade por omissão de medida para tornar efetiva norma constitucional, será dada ciência ao Poder competente para a adoção das providências necessárias e, em se tratando de órgão administrativo, para fazê-lo em trinta dias”.

Esse é um artigo especialmente importante para a pessoa portadora de deficiência, pois, assegura os meios para acionar o cumprimento de seus direitos,

apesar de não ser utilizado com tanta freqüência. O motivo para o não acionamento desse dispositivo constitucional deve-se muitas vezes ao comodismo do próprio portador de deficiência, “esse é o outro lado da moeda do paternalismo”, o conformismo com sua situação de incapaz e deficiente que lhe é imputada pelo Estado no esforço de protegê-lo excessivamente, torna-se mais cômodo, ter um órgão que cuide de “tudo” o que é preciso, muitas vezes é mais atraente do que o desgaste de ir contra a “mão que o alimenta” em troca de uma ou duas pequenas vitórias.

Título VIII- Da Ordem Social:

Art.203- A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

IV- a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiências e a promoção de sua integridade à vida comunitária”.

Esse artigo pode ser visto sob o mesmo prisma que o artigo 6º, pois, o texto transmite o sentido de acolhimento, cuidado, sem nenhum tipo de estímulo ao portador de deficiência direcionado à buscar por si mesmo sua integração social, ao contrário, passa uma idéia de que sua inserção social é de única e exclusivamente responsabilidade da habilitação e reabilitação que o Estado tem a oferecer.

Capítulo III- Da Educação, da Cultura e do Desporto:

“Art.205- A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno

desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

Para ilustrar o artigo acima podemos observar o caso simples das Universidades, que obedecendo ao artigo 205 da Constituição Federal permite que qualquer pessoa (desde que esteja apto de acordo com o grau de sua escolaridade) tenha acesso à seus vestibulares não importando tratar-se de uma pessoa portadora de deficiência, desde que ela tenha condições de freqüentar o curso escolhido; a dificuldade vem após exercer o direito de acesso à educação.

O problema é quanto às condições da instituição para receber essa clientela, pois há um enorme despreparo e improviso por parte destas instituições. O momento do vestibular, da matrícula deveria ser uma oportunidade de sondagem, de preparação para receber as pessoas portadoras de deficiência, através de uma “triagem”, talvez um questionário, as instituições poderiam ter uma grande quantidade e qualidade de informações que facilitariam a adaptação de sua estrutura à estas pessoas.

Quase todas as leis referentes às pessoas portadoras de deficiência dependem de alguma outra lei complementar para ser efetivada, ainda sobre o artigo 205, para que se cumpra a determinação do mesmo, ou seja, para que todos tenham acesso à educação, faz-se necessário no caso da pessoa portadora de deficiência, normas que dêem conta de operacionalizar o disposto na Constituição, que regulamentem por exemplo um meio de transporte para levar essa clientela até a escola, e ainda, no caso dos logradouros sem acesso para portadores de deficiências, faz-se necessário a criação de normas fiscalizadoras para futuras construções.

“Art.206- O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios:

I- igualdade de condições para o acesso e permanência na escola”.

O ponto principal desse artigo é o significado de acesso, suas atribuições é que vão determinar a competência e eficácia desse dispositivo. Inicialmente, começemos por buscar o conceito usual da palavra acesso, encontrado no Dicionário Aurélio, da língua portuguesa: “Acesso: ingresso, passagem, ímpeto, impulso, comunicação; trato, fenômeno fisiológico ou patológico que sobrevem e cessa periodicamente, na operação de um computador, comunicação com uma unidade de armazenamento”.

Em qualquer das definições, a idéia mais adotada é a de contato, comunicação entre, convivência. Nesse sentido, podemos afirmar que, a lei não especifica como deveria o conceito nela empregado, pois ao lermos o artigo, fica claro, somente o direito a desejar chegar até a escola, assim disposto, o artigo parece somente assegurar à pessoa o direito a querer ou não freqüentar uma escola. E não é bem assim, o direito ao acesso não deve restringir-se a esta limitação.

O artigo deve cuidar para que os portadores de deficiência (assim como todos os indivíduos) ingressem num sistema nacional de educação de qualidade material, físico e profissional, e que os estimule a estabelecer cada vez mais o contato com o saber, com a sociedade, dentro de uma relação de troca mútua entre o indivíduo e o ambiente social *no qual está inserido*. Sem dúvida nenhuma, o melhor instrumento para essa permuta entre o indivíduo e a sociedade é o acesso (em toda a sua amplitude de significados) à educação.

“Art.208- O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

III-atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino;

V-acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um”.

O comentário à respeito do artigo 206, cabe perfeitamente no dispositivo acima, visto que o entendimento sobre “atendimento educacional especializado” e “acesso aos níveis mais elevados do ensino”, dão uma margem de significados muito ampla, passível de dispersão. Faz-se necessário novamente, tentar estabelecer os objetivos específicos da lei, procurando ser o mais completo possível no cumprimento das ações implícitas no presente artigo.

Capítulo VII- Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso:

“Art.227- É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

II- criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

§ 2º- A lei disporá sobre normas de construção de logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência”.

Título IX- Das Disposições Constitucionais Gerais:

“Art.244- A lei disporá sobre a adaptação de logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo atualmente existentes a fim de garantir o acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência, conforme o disposto no art.227, § 2º”.

Passemos aos dois últimos itens da Constituição Federal pertinente ao assunto do presente trabalho, já que os artigos 227 e o 244 se complementam, a análise dos mesmos pode e deve ser feita em conjunto.

A lei constitucional que dispõe sobre as construções de logradouros e edifícios, determina que estes sejam projetados de modo a garantir o acesso adequado às pessoas portadoras de deficiências, sobre esse dispositivo os autores Assis e Pussoli (1992) afirmam que:

“Essa é uma norma dirigida, fundamentalmente, às pessoas jurídicas de direito público. Todavia, e isto é indubitável, é desejável que também os particulares encampem a referida norma. embora não seja a construtora de prédios e de apartamentos a destinatária da norma, a divulgação desta pode produzir um impacto persuasório...pode ocorrer o comportamento desejado, qual seja, as construtoras comecem a prever, nos seus projetos, meios que facilitem o acesso do portador de deficiência às suas construções”.

Neste caso em particular podemos observar a nítida ineficácia da lei, pois, todo dia, mais e mais logradouros são erguidos sem nenhum tipo de acesso à pessoa portadora de deficiências, e o que é pior, essas construções recebem o aval do Poder Público, o qual deveria servir de exemplo para a iniciativa privada.

Além disso, assustadoramente, as maiores transgressões cometidas em relação às pessoas portadoras de deficiência acontecem por meio de órgãos públicos, a iniciativa privada parece bem mais cuidadosa.

O mesmo acontece em relação aos transportes públicos, porém a situação é bem pior, visto que as adaptações dos veículos são bem mais irrealizáveis do que os logradouros e edifícios, (pois estes são passíveis de pequenas modificações e adaptações, como por exemplo, rampas e corrimãos).

Também as legislações Estadual e Municipal procuram dar proteção à pessoa portadora de deficiência, não se resumiram à reproduzir a Lei Maior, criaram inovações por meio de decretos e emendas, como veremos a seguir, em virtude de muitos artigos da Constituição Estadual serem idênticos aos que constam na Constituição Federal, e porque se tornaria extremamente penoso e cansativo

5. Do Desenho e da Localização do Mobiliário Urbano

Art.8º - Os sinais de tráfego, semáforos, postes de iluminação ou quaisquer outros elementos verticais de sinalização que devam ser instalados em itinerário ou espaço de acesso para pedestres deverão ser dispostos de forma a não dificultar ou impedir a circulação, e de modo que possam ser utilizados com a máxima comodidade.

Art.9º - Os semáforos para pedestres instalados nas vias públicas deverão estar equipados com mecanismo que emita sinal sonoro suave, intermitente e sem estridência, ou com mecanismo alternativo, que sirva de

guia ou orientação para a travessia de pessoas portadoras de deficiência visual, se a intensidade do fluxo de veículos e a periculosidade da via assim determinarem.

Art.10º - Os elementos do mobiliário urbano deverão ser projetados e instalados em locais que permitam sejam eles utilizados pelas pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Capítulo IV Da Acessibilidade nos Edifícios Públicos ou de Uso Coletivo

Art.11º - A construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser executadas de modo que sejam ou se tornem acessíveis às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Parágrafo único. Para os fins do disposto neste artigo, na construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos ou privados destinados ao uso coletivo deverão ser observados, pelo menos, os seguintes requisitos de acessibilidade:

I – nas áreas externas ou internas da edificação, destinadas a garagem e a estacionamento de uso público, deverão ser reservadas vagas próximas dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência com dificuldade de locomoção permanente;

II – pelo menos um dos acessos ao interior da edificação deverá estar livre de barreiras arquitetônicas e de obstáculos que impeçam ou dificultem a acessibilidade de pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

III – pelo menos um dos itinerários que comuniquem horizontal e verticalmente todas as dependências e serviços do edifício, entre si e com o exterior, deverá cumprir os requisitos de acessibilidade de que trata esta Lei; e

IV – os edifícios deverão dispor, pelo menos, de um banheiro acessível, distribuindo-se seus equipamentos e acessórios de maneira que possam ser utilizados por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art.12º - Os locais de espetáculos, conferências, aulas e outros de natureza similar deverão dispor de espaços reservados para pessoas que utilizam cadeira de rodas, e de lugares específicos para pessoas com deficiência auditiva e visual, inclusive acompanhante, de acordo com a ABNT, de modo a facilitar-lhes as condições de acesso, circulação e comunicação.

5. O QUE É EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA?

De acordo com Freitas, (2002) o termo Educação física adaptada surgiu em 1950 American Association for Health, Physical Education, Recreation and Dance(aahperd) como um programa diversificado de atividades desenvolvimentistas, jogos e ritmos adequados aos interesses, capacidades e limitações de estudantes com deficiências .A partir da década de 80 passou a ser definida como "Educação física para pessoas portadoras de necessidades especiais, portanto são consideradas atividades desenvolvimentistas, jogos, esportes atividades rítmicas e devem ser consideradas aos interesses, capacidades e limitações dos estudantes".

Segundo a mesma Educação Física Adaptada " é uma área da Educação Física que tem como objetivo de estudo a motricidade humana para pessoas com necessidades especiais, adequando metodologias para atender as características de cada portador de deficiência, respeitando suas particularidades.

Outros autores citam diferenças entre os termos Educação Física Adaptada e Educação Física Especial, mas para Bueno e Resa,(1995) a Educação Física Adaptada não se diferencia da Educação Física em seus conteúdos, mas compreendem métodos, técnicas e formas de organização que podem ser aplicadas ao indivíduo deficiente

4.1-QUAIS OS OBJETIVOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA.

Como todos os cidadãos as pessoas portadoras de deficiência tem o direito ao esporte e ao lazer, são nossos amigos, irmãos, parentes, vizinhos, enfim, fazem parte de nossas vidas direta ou indiretamente, nós precisamos fazer com que tenham uma qualidade de vida dentro de uma normalidade adequada.

Portanto para FREITAS (2002) a Educação Física Adaptada tem como objetivos oferecer atendimento especializado aos educandos, portadores de necessidades especiais respeitando as diferenças individuais e proporcionando um maior bem estar entre essas pessoas e tornando possível o desenvolvimento das potencialidades e sua integração na sociedade. É importante que o educador tenha sensibilidade e consiga entender as necessidades e anseios de cada indivíduo, escolhendo assim a melhor metodologia para trabalhar com pessoas portadoras de necessidades especiais.

Segundo Bueno & Resa (1995) Educação Física se constitui em uma grande área de adaptação ao permitir, nos programas especiais, a participação de crianças e jovens em atividades físicas adequadas às suas possibilidades, proporcionando que sejam valorizadas e se integrem no mesmo mundo que os demais.

5 MODALIDADES QUE PODEM SER PRATICADAS PÊLOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA.

Para

Costa (1988) pessoas portadoras de deficiência física podem praticar quase todas as atividades, desde que as regras sejam adaptadas se necessário, materiais, equipamentos, regras fazem parte das adaptações importantes para o melhor desenvolvimento das potencialidades de cada indivíduo.

A classificação é feita de forma em que as deficiências sejam agrupadas de acordo com suas semelhanças para os aspectos de capacidade física e também competitiva, fazendo assim com que as deficiências tornem-se mais iguais possíveis para uma melhor competitividade em se tratando de competição.

Segundo Guttman (1976:35) o objetivo da classificação é assegurar a competição justa e eliminar as possibilidades de injustiça entre participantes de classes semelhantes e dar prioridade para as mais severas desabilidades. Para Freitas, (1999) cada modalidade, é feita uma classificação funcional, de acordo com a utilização do resíduo muscular do atleta bem como da técnica empregada na modalidade.

A seguir veremos algumas modalidades que podem ser praticadas pôr pessoas portadoras de deficiência segundo Freitas, (1999).

Arco e Flecha: praticado dès de 1948, os atletas sentados ou em pé competem de forma semelhante a modalidade olímpica

Atletismo: talvez a modalidade que mais seja revista na questão das regras, para uma melhor adaptação condições técnicas e desenvolvimento da modalidade. São incluídas provas de campo, pistas, pentatlo e maratona que competem entre si.

Basquete sobre rodas: praticado por paraplégicos, amputados, e atletas com seqüelas poliomielite. Os regulamentos são semelhantes ao basquete convencional com apenas algumas adaptações.

Bocha: adaptado com sucesso para pessoas com paralisia cerebral. A regra consiste em jogar as bolas o mais próximo possível da bola branca.

Ciclismo: duas classes de atletas participam desta modalidade, paralisado cerebral e amputados.

Equitação: praticado por atletas com deficiência física, na categoria de habilidades.

Esgrima: praticado por atletas em cadeira de rodas, amputados e paralisados celebrais. Competem presos ao solo, mas com os movimentos livres para tocar o corpo do adversário. Incluisse no evento, espada, sabre e florete.

Lawn Bowls: similar a bocha e todos os portadores de deficiência podem participar.

Halterofilismo: somente para o sexo masculino, os competidores são deficientes físicos e com paralisia cerebral.

Tiro ao alvo: para deficientes físicos, nas categorias sentadas e de pé, para homens e mulheres e as equipes podem ser mistas.

Futebol: apenas atletas com paralisia cerebral, as regras sofrem algumas modificações em relação às dimensões do gol, numero de jogadores e marca do pênalti.

Natação: dois grupos de competidores, um grupo com deficiência visual e o outro com deficiência física. As regras não sofrem adaptações.

Tênis de mesa: joga-se em pé, ou cadeiras de rodas, nas categorias masculina e feminina, por equipe ou individual, as regras não sofrem modificações.

Tênis: categoria masculina e feminina, disputada com atletas em cadeira de rodas, possuiu apenas uma adaptação, a bola pode quicar duas vezes na quadra, classificação simples e em duplas.

Voleibol: praticado por lesados medulares e amputados, nas categorias sentados e em pé.

Racquetebol: praticado por atletas com paralisia cerebral, é similar ao tênis de mesa.

Atletismo: todos os atletas deficientes podem participar, mediante modificações no equipamento.

Handebol: praticado por cadeirantes mediante modificações nas regras.

5.1-ENTENDENDO O DESPORTO ADAPTADO

Vivemos numa sociedade em que cada indivíduo é responsável por alguma função específica. Moldada por essa mesma sociedade que lhe impõe deveres, direitos, caminhos, enfim, fazem com que o ser humano que vive em guetos por sua própria natureza adequa suas particularidades e individualidades em benefício de uma sociedade organizada para sua existência.

As relações que os indivíduos estabelecem são frutos de laços entre sociedades ou entre indivíduos, dentro de um contexto fazem uma união definir

basicamente por compatibilidade de modelos entre sociedades ou entre indivíduos.

Isso significa que para entendermos um ser único é necessário entendermos o meio em que vive, sua história e origem.

Duarte (1996) define a espécie humana através dos elementos biológicos que o diferem dos demais seres, mas podemos considerar que o homem transmite hereditariedade quanto aos mecanismos biológicos da sua espécie, mas as características que permitirão considera-lo ser humano não são herdadas. Na busca pelo autoconhecimento o homem próprio se investigou das mais variadas maneiras, testes, experiências, treinamentos, mas ainda vive conflitos com relação à sua própria aceitação e do seu semelhante. Portanto as pessoas com necessidades especiais passam pelos mesmos conflitos e possuem as mesmas necessidades, mas com uma maior intensidade e num modelo diferente, muitas vezes o preconceito em relação à sua "deficiência" é mais prejudicial do que a própria deficiência.

Segundo Admas (1985) " O objetivo primário quando se lida com deficiente deve ser dirigido para as qualidades mas similares àquelas de uma pessoa normal".

O fato de ser portador de alguma deficiência não o impede de querer sonhar, de querer sucesso, aprovação, está atendo e esperando as oportunidades que lhe são cabíveis e pertinentes para sua aceitação interna e externa.

Portanto se somos semelhantes biologicamente iguais perante a lei, não entendemos porque muitas vezes de modo específico os deficientes são excluídos e ficam a mercê de uma sociedade. Para Freitas, (1999), responder a

essas perguntas implica em conceitos históricos e sociais para que iniciemos uma melhor compreensão destes aspectos exclusivos, requer discussões educativas oportunizadas pela família, escola, a respeito das diferenças sociais e do preconceito desde tempos remotos.

Para Carmo (1995) pré-conceito significa julgamento antes do tempo, ou seja, criar um conceito de alguém ou algo antes de conhecermos este alguém ou fato. Portanto rotular um indivíduo sem conhecê-lo por que possui esta ou aquela deficiência, faz parte de um ou de outro meio social, não condiz com a capacidade de pensar, agir, e escolher este ou aquele caminho que a inteligência permite ao homem.

Rodrigues (1999) relata a instância social em que o indivíduo esta inserido é responsável pela criação deste ser e determinante para o que ele poderá vir a ser.

Portanto acreditamos que só uma educação sólida, o sepultamento de alguns mitos, a queda de alguns modelos sócios podem mudar e resolver o paradigma preconceito.

5.2-O DESPORTO ADAPTADO

Embora existam relatos isolados de pratica de Desporto adaptado como goolboll especifico para deficiente visual. Já em 1907 a escola para cegos de Owerbrook Baltimore nos E.U.A.. e para surdos ainda no século XIX por volta de 1870 nas escolas do Estado Ohio; nos E.U.A. ,oferecem beiseball para surdos. E o Estado de Illinois pouco mais tarde, por volta de 1885, futebol, ARAÚJO (1998).

De acordo com mesmo autor em 1924 organizou os primeiros jogos, já incluindo o basquetebol, denominados Jogos do Silencio,

Outros relatos isolados de pratica desportiva adaptada foram por volta de 1918, em que grupos múltiplos buscavam alívio para o horrores da guerra e tédio das internações através do esporte, mas com pouco êxito.

Mas sem dúvida o objetivo maior dos governos, dos países envolvidos, e da comunidade científica era o estudo, e também uma formula de minimizar cobranças da sociedade que não se calava diante das adversidades das guerras.

Segundo Araújo (1998), “ estes estudos eram de fundamental importância, pois, até então as pessoas acometidas por traumatismo raquimedular tinham uma expectativa de vida imprevisível”.

Santos (1989), relata que 80% dessas pessoas iam á óbito na primeira semana após a alta, infecção urinaria, escaras, infecções respiratórias generalizadas, eram as principais causas, associadas à ineficácia da medicina na época.

A literatura mostra-nos ainda que também em 1932, na Inglaterra, surge a associação de golfistas de um braço só, mas o movimento desporto adaptado decolou mesmo a partir de 1944, também na Inglaterra, através no médico alemão de origem judaica senhor Ludwig Guttemann, neurocirurgião convidado pelo governo britânico para receber e tratar lesados medulares da 1ª e 2ª guerra mundial foi criado então na cidade Aylesbeury, o hospital Stoke Mandeville, (Matos,(1990) & Varela, (1991).

Ludwig Gutteman implantou atividades esportivas como forma terapêutica de recuperação e preenchimento do tempo ocioso de seus pacientes. Quase que simultaneamente nos E.U. A, surge o desporto para deficiente físico, o Doutor Benjamim Lipton, introduziu modalidades como arco e flecha, tênis de mesa e

arremesso de dardo. Em equipe o primeiro esporte foi pólo sobre cadeira de rodas, só em 1947, só introduzido o basquetebol.

Em 1948, o Dr. Guttemam criou os jogos de Stoke Mandeville para paraplégicos, que passa a acontecer anualmente, em 1952 um grupo holandês passa a fazer parte dos Jogos, a competição passa a ser internacional. Também é criada a Federação Internacional de Stokes Mandeville – ISMEF (Matos, (1990), Abrandecar, (1988), fato este que contribuiu significativamente para criação em 1960 dos Jogos Paraolímpicos, instituídos em Roma e denominados de Paraolimpíadas, desde então os jogos passam a realizar-se na mesma cidade e época dos Jogos Olímpicos. (ver quadro)

Segundo Araújo (1998), o trabalho de reabilitação buscou no esporte adaptado não só o valor terapêutico, mas o poder de estabelecer ou restabelecer novos caminhos, o que resultou em maior possibilidades, de interação das pessoas lesadas, através do esporte; “reabilitação”, estava retornando a comunidade um deficiente, capaz de ser “eficiente” pelos menos no esporte.

5.3-DESPORTO ADAPTADO NO BRASIL

Brasil procuraram serviço de reabilitação nos E.U.A., o carioca Robson Sampaio Na década de 50, duas pessoas após ficarem paraplégicas em acidentes no de Almeida e o paulista Sergio Serafim Del Grande.

Del Grande em entrevista citada por Araújo, (1996), relata que ficou paraplégico após um choque com uma trave numa partida de futebol, já em tratamento nos E.U.A., conta que no programa de recuperação incluía a opção obrigatória por uma modalidade esportiva, Del Grande, optou então pelo basquete

sobre rodas, o qual lhe proporcionou além de tudo uma melhor convívio social e a possibilidade de viajar pelos E.U.A., jogando e após 1 ano Del Grande retornou ao Brasil

Em novembro de 1957 um grupo de basquete sobre rodas denominado “PAN-JETS”, formado por funcionários paraplégicos do PAN América World Air Ways veio ao Brasil fazer jogos de exibição.

Os jogos de exibição despertaram o interesse de Del Grande em fundar um clube de paraplégicos na mesma modalidade, com o apoio do Dr. Paulo Machado de Carvalho, na época vice-presidente na Federação Paulista de Futebol, inicia-se o projeto através de uma campanha televisiva com o intuito de receber cadeiras de rodas. Num esforço pessoal de Del Grande iniciado com o recrutamento de pessoas cadeirantes em fevereiro de 1958., começa-se o treinamento de basquetebol sobre rodas no Hospital das Clínicas de São Paulo. Em julho de 1958, é fundado legalmente o CPSP, clube do paraplégicos de São Paulo, apadrinhados por nomes como Paulo Machado de Carvalho, Vicente Feola e toda delegação Campeã Mundial de Futebol na Suécia.

Em 6 de dezembro de 1959, a equipe faz sua primeira viagem internacional, vai a Argentina para amistosos em busca de um intercâmbio maior dentro da modalidade e um contato social com os cadeirantes fora de quadra, no ano seguinte 1960, participa do 1º campeonato mundial de basquete sobre rodas, em Roma, na Itália.

Importante destacar o esforço pessoal de Del Grande, a capacidade de articulação, além da sua superação pessoal em relação à sua paraplegia e a contribuição para a melhoria de qualidade de vida de outras pessoas portadoras de necessidades especiais.

5.4-PROPOSTAS PARA O DESPORTO ADAPTADO SEGUNDO SEGMENTOS DO GOVERNO

Atualmente a proposta de governo de governo para o desporto adaptado, em âmbito nacional, se encaixa dentro de uma proposta do esporte em geral, porém, com algumas restrições, no que diz respeito as questões das diferenças. No momento existe uma proposta que esta sendo reformulada, visando ampliar seus objetivos para atender também o esporte em sua vertente, de participação, visando traçar um perfil de saúde e qualidade de vida para crianças e adolescentes.

Também faz parte do projeto a capacitação de recursos humanos realizados pôr meio de projetos científicos, , estudos, estatísticas e avaliação de projetos.

Ainda segundo a legislação, no inciso VII da constituição Art VII prevê a desatinação de recursos INDESP para o apoio ao desporto para pessoas portadoras de deficiência.

O atual governo deu uma nova estrutura administrativa a diferentes ogros, decretando a extinção de alguns, modernizando outros, reestruturando outros.

Foram extintas, através de reforma administrativa as secretarias de esportes (sedes) conselho superior do desporto (csd) e o fundo nacional de desenvolvimento desportivo (fundesp).

Na atual estrutura do desporto adaptado no Brasil as entidades do desporto estão divididas para melhor administração em cinco filiais segundo o comitê paraolímpico Brasileiro.

A coordenação geral do desporto para pessoas portadoras de deficiência que se encontrava no departamento de desporto sócio cultural do MEC, acompanhou esta mudança em 1º de janeiro de 1995, quando foi publicado, no diário oficial, a medida provisória Nº813 que dispõe sobre a criação do cargo de Ministro Extraordinário dos esportes, que tem as seguintes atribuições:

Em 26/10/2000 foi extinto o INDESP, e criada a Secretaria Nacional de Esporte, na estrutura do Ministério do Esporte e Turismo. Foi criado também, o Conselho Nacional de Atletas composto por atletas de alta performance, entre eles, 05 atletas paraolímpicos e a Câmara Setorial de Esporte que atua por meio de quatro grupos, sendo um de esporte de base, um de desenvolvimento do esporte, um de esporte de rendimento e um de esporte para pessoas portadoras de necessidades especiais. A finalidade das Câmaras Setoriais é possibilitar o acesso da comunidade à discussão e proposição de uma nova Política Desportiva para o Brasil. Além da existência de um grupo específico, nos demais grupos existem representantes do esporte para pessoas portadoras de deficiência, como forma de assegurar a inclusão desse segmento social em todos os programas e projetos esportivos a serem desenvolvidos e executados a partir de 2001 pelo Ministério do Esporte e Turismo. (Lazer Atividade Física e esporte para Portadores de Deficiência, Brasília, (2001)

5.5-ORGANIZAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES NACIONAIS DE DESPORTO ADAPTADO

Trataremos, neste item das questões relacionado às estruturas das associações e confederações nacionais que dirigem o desporto adaptado existente no Brasil. Buscamos neste sentido um entendimento das organizações e associações bem como a área de abrangência e a ordem do seu surgimento, mencionaremos principalmente as associações e propostas ligadas ao desporto adaptado. Incluiremos as apaes mesmo não tendo como objetivo principal o desporto adaptado como objeto de estudos apenas.

Não serão mencionados outros órgãos governamentais ou não, que contribuem para o desenvolvimento do desporto adaptado no Brasil.

Selecionamos, para nosso estudo, as associações que respondem em âmbito nacional pelo desporto adaptado segundo Araújo,(1998)

FENAPAES – Federação Nacional das Apaes (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais);

ANDE – Associação Nacional de Desporto para Deficientes;

ABDC – Associação Brasileira de Desporto para Cegos;

ABRADECAR – Associação Brasileira de Desporto em Cadeira de Rodas;

CBDS – Confederação Brasileira de Desporto para Surdos;

ABDA – Associação Brasileira de Desporto para Amputados;

ASSOCIAÇÃO OLÍMPICA ESPECIAIS – BRASIL (Special Olympics);

ABDEM – Associação Brasileira de Desporto de Deficientes Mentais; e

CPB – Comitê Paraolímpico Brasileiro.

Faremos uma compilação de seus estatutos visando destacar suas intenções enquanto instituições nacionais e suas propostas específicas direcionadas ao desporto para o portador de deficiência.

5.5.1-FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES E ESCOLAS ESPECIALIZADAS (FENAPAES)

A Federação Nacional das Apaes congrega as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais de todo o território nacional e escolas especializadas que a ela se filiam. Foi fundada em assembléia realizada em 10 de novembro de 1962, na cidade de São Paulo. Ressaltamos que esta data corresponde à da fundação da Federação, já que a primeira Apae foi criada no dia 11 de dezembro de 1954, na Guanabara, atual Apae do Rio de Janeiro. Esta data corresponde também ao dia do movimento Apae , no Brasil

5.5.2-A Federação Nacional das Apaes tem por finalidade, segundo seus estatutos:

“Art. 3º

Promover medidas de âmbito nacional que visem assegurar o ajustamento e o bem-estar dos excepcionais;

- b) servir de órgão de coordenação direta ou indiretamente das entidades filiadas e quando possível, de outras entidades que defendam a causa do excepcional em qualquer de seus aspectos;
- c) encarregar-se no âmbito nacional, da reunião e divulgação de informações sobre assuntos referentes ao excepcional, cabendo-lhe, especialmente, o planejamento de programas, a publicação de trabalhos e de obras especializadas;

d) encarregar-se da documentação e da divulgação das normas legais e regulamentares federais, estaduais e municipais, relativas ao excepcional, procurando provocar a ação dos órgãos competentes no sentido do aperfeiçoamento da legislação;

e) promover ou estimular a realização de estatísticas, estudos e pesquisas referentes à causa do excepcional, propiciando o avanço científico e a formação de pessoal técnico especializado;

f) promover ou estimular a realização de programas de prevenção das formas de deficiência;

g) estimular, apoiar e defender o desenvolvimento permanente das entidades filiadas, exigindo-lhes a observância dos mais rígidos padrões de ética e de eficiência.

5.5.3-As questões relacionadas ao desporto aparecem no estatuto da Federação Nacional das Apaes, na Seção VI, 'Das Atribuições da Diretoria Executiva'.

....

Art. 22. Compete à Diretoria Executiva:

....

p) promover a realização bienal do Congresso Nacional das Apaes, das Olímpicas Desportivas para Excepcionais, e do Festival Nossa Arte; como também na Seção VII, 'Das Atribuições dos Membros da Diretoria Executiva'.

....

"Art. 8º Coordenadoria de Educação Física, Desportos e Lazer, competindo-lhe coordenar, em âmbito nacional, os assuntos na sua área,

promovendo o desenvolvimento das atividades de educação física, desportivas e de lazer das filiadas."

Tem como finalidade em nível nacional as Associações Regionais de Desporto para Deficientes Mentais – Ardems.

Esta organização vem promovendo o desporto para a pessoa portadora de deficiência mental, entre as atividades que são desenvolvidas enquanto instituição de ensino especial.

5.6-ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DESPORTO PARA DEFICIENTES (ANDE)

A Ande foi a primeira associação de dirigentes do desporto para pessoas portadoras de deficiência a se organizar no país. Foi fundada em 18/08/1975, com a proposta de responder pelo desporto adaptado brasileiro conforme seu estatuto.

"Art. 3º A Ande tem por fim:

a) difundir e propagar o ideal olímpico no território nacional empenhando-se na difusão da prática de esportes nas áreas de Les Autre, Paralisados Cerebrais e Multideficientes, utilizando o esporte como instrumento de integração social, a fim de completar a sua reabilitação, possibilitando ao deficiente apresentar-se como elemento útil a si mesmo, à família, à sociedade e à pátria;

b) pugnar através do desporto para o estreitamento dos vínculos de entendimento, compreensão e união entre os povos;

c) colocar com as entidades nacionais dirigentes, filiadas às Organizações Esportivas Internacional, na defesa e respeito aos princípios do amadorismo;

d) cumprir e fazer cumprir, regulamentos e decisões das Entidades Internacionais a que esteja vinculada;

e) organizar e administrar, com a colaboração das entidades dirigentes nacionais, a participação do Brasil nos jogos paraolímpicos; quaisquer competições e eventos internacionais, além de torneios nacionais e outros de igual natureza, e realiza-lo, caso o Brasil seja escolhido para a sede dos mesmos;

f) realizar, anualmente, os jogos nacionais;

g) promover e organizar, junto com as entidades nacionais dirigentes, todas as manifestações capazes de orientar e aperfeiçoar a prática dos esportes pelos deficientes, procurando difundir e fiscalizar a aplicação das regras internacionais;

h) representar os ideais da reabilitação pelo esporte junto aos poderes públicos;

i) manter um órgão de informação e divulgação de suas atividades;

j) realizar, anualmente, os jogos das luminárias, reunindo todas as áreas de deficiência, objetivando a premiação dos destaques.

k) criar um conselho consultivo, escolhido pelo presidente e seis diretores, constituído de pessoas idôneas e com experiência no mundo do esporte, com a finalidade de apreciar assuntos relevantes, encaminhados pela diretoria, aconselhando-a através de parecer escrito. Este conselho terá no máximo, 30 (trinta) representantes e será coordenado pelo conselho mais idoso, em suas reuniões e seu mandato será igual ao da diretoria.”

A Ande tem como filiadas as instituições que desenvolvem o desporto para pessoas portadoras de paralisia cerebral e Les Autres em âmbito nacional. Mantém-se filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro – CPB – e, em nível internacional, à Cerebral Palsy – Internacional Sports and Recreation Association

(CP-ISRA), órgão máximo de direção do desporto para paralisados cerebrais e Les Autres (outras deficiências físicas).

Até o surgimento das demais associações, ela respondia pela organização do desporto adaptado, de uma forma geral.

5.7-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTO PARA CEGOS (ABDC)

A Associação Brasileira de Desporto para Cegos (ABDC), foi fundada em 19 de janeiro de 1984, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, de acordo com o art. 186 do Decreto nº 80.228, de 25 de agosto de 1977, e das Resoluções nºs 14/83 e 01/84, do Conselho Nacional de Desportos (CND). É uma sociedade civil sem fins lucrativos, constituindo-se em uma Entidade de Administração Esportiva de âmbito nacional, com personalidade jurídica e patrimônio próprio.

De acordo com seus estatutos, a ABDC tem os seguintes objetivos:

“1º Cumprir e fazer cumprir a legislação superior vigente, as normas, deliberações e resoluções do órgão máximo dirigente do desporto no Brasil, bem como, das entidades superiores nacionais e internacionais que superintendem o Desporto de Cegos.

2º Dirigir o Desporto de Cegos:

- a) Coordenando as ações de sua afiliadas;
- b) Organizando o calendário de competição regionais e nacionais, segundo o calendário de competições internacionais;
- c) Executando o calendário oficial através da organização dos eventos, em articulação com suas afiliadas;

d) Representando o Desporto de Cegos do Brasil nas suas competições internacionais, formando suas delegações, escolhendo dirigentes e comissão técnica; e

e) Definindo, enfim, as delegações para participar em assembléia de eleição do Comitê Paraolímpico Brasileiro.

3º Difundir o Desporto de Cegos e o Ensino da Prática Esportiva:

a) divulgando-o dentro da comunidade brasileira de cegos por meio de veículos informativos já existentes e que atinjam este segmento;

b) informando e conscientizando a sociedade em geral, por meio de palestras e da mídia;

c) informando e conscientizando os Órgãos Estaduais e Municipais Dirigentes do Desporto, as Universidades Brasileiras, as Escolas Superiores de Educação Física, as agências formadoras de recursos técnicos e humanos, as Confederações e Federações do Desporto Convencional, clubes, associações esportivas e serviços nacionais de apoio social;

d) divulgando, finalmente, o desporto de cegos por meio de informativo, que deverá ser criado e destinado para este fim.”

A ABDC tem, como afiliadas as associações que desenvolvem o desporto para pessoas portadora de deficiência visual em âmbito nacional. É filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB)e, em nível internacional à Internacional Blind Sport Association (IBSA) órgão máximo de direção do desporto para cegos

5.8-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTO EM CADEIRA DE RODAS (ABRADECAR)

A Associação Brasileira de Desporto em Cadeira de Rodas foi criada em 9 de dezembro de 1984, mas só foi reconhecida como entidade nacional de dirigente do desporto após a fundação de três regionais, o que ocorreu em 30 de setembro de 1987. De acordo com seus estatutos, as regionais fundadoras de Abradecar foram as do Nordeste, Leste e Centro-Oeste. Silva (no prelo) aponta também a regional Sul entre as fundadoras.

De acordo com art. 4º de seu estatuto, são finalidades da Abradecar:

a) ser a única representante dirigente do Desporto em Cadeira de Rodas no Brasil, filiando-se obrigatoriamente, às entidades dirigentes internacionais e continentais;

b) difundir o Desporto em Cadeira de Rodas no Brasil e trabalhar para o conagraamento de todos os atletas e dirigentes, promovendo o espírito desportivo em cadeira de rodas;

c) coordenar as atividades de suas filiadas;

d) promover e dirigir competições e campeonatos nacionais;

e) representar o Desporto em Cadeiras de Rodas do Brasil, em competições nacionais;

f) facilitar, dentro de suas possibilidades, o progresso material e técnico de suas filiadas, promovendo para tal fim, as medidas adequadas.

A Abradecar tem como afiliada as associações que desenvolvem o desporto para pessoas portadoras de deficiência física em cadeira de rodas, em nível nacional. mantém-se filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB) e, em

nível internacional, mantém-se filiada à Internacional Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation (ISMWSF), órgão máximo de direção do desporto para deficiente físico.

5.9-CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTO DE SURDOS (CBDS)

A Confederação Brasileira de Desporto de Surdos, foi fundada em 17 de novembro de 1987, na cidade do Rio de Janeiro. É uma entidade federal de administração do desporto, nos termos do artigo 9º da Lei nº 8.672, de 06/07/1993 (Lei Zico). A entidade já adequou seu estatuto à lei que institui normas gerais sobre desporto.

De acordo com o Capítulo I, artigo 2º, de seu estatuto, tem por objetivo o desenvolvimento desportivo amadorístico, semiprofissional, educacional e afins, em todos os níveis. Cabe à confederação:

I – desenvolver as atividades desportivas amadoras e semiprofissionais, que serão praticadas sem auferir e/ou visar lucros, porém, serão exercidas com incentivo material”;

II – promover, organizar e realizar torneios desportivos dentro do país e fora dele, com a participação de suas filiadas;

III – zelar pela organização e pela disciplina das práticas desportivas nas federações, associações, clubes, congregações e qualquer outro órgão que a ela estiver filiada, diretamente ou indiretamente;

IV – cumprir e fazer cumprir todos os atos legais originários de entidades superiores a que esteja filiada e/ou subordinada, sejam estas nacionais ou internacionais;

V – expedir autorização às suas filiadas, direta ou indiretamente, para que promovam ou participem de torneios e/ou campeonatos, dentro e/ou fora de território nacional com obediência aos dispositivos legais concernentes;

VI – expedir às filiadas, com caráter de aceitação obrigatória, qualquer ato necessário à organização. Funcionamento e disciplina das atividades desportivas, financeiras e outras pertinentes;

VII – regulamentar todas as disposições sobre inscrições, transferências, remoções, cessões temporárias ou definitivas, e demais atos relativos à pessoa do atleta, em qualquer nível;

VIII – aplicar penalidades, dentro de suas atribuições, aos responsáveis pela inobservância das normas estatutárias e qualquer outra disposição legal;

IX – interceder junto aos poderes públicos, quando for o caso, em defesa dos direitos e interesses legítimos das pessoas jurídicas, sujeita à sua jurisdição;

X – aplicar sanções a qualquer de seus membros que infrinjam ou tolerem que seus filiados transgridam os presentes estatutos e demais normas vigentes, assim como ao filiado, no que couber;

XI – celebrar convênios e acordos para as atividades desportivas de caráter internacional, orientando, coordenando e fiscalizando as atividades de todas as suas filiadas, nesse mister; e

XII – praticar, no exercício da direção nacional das atividades desportivas, todos os atos necessários para que se dê a realização das mesmas, de acordo com seus fins.”

A CBDS tem como afiliadas as instituições que desenvolvem o desporto para pessoas portadores de deficiência auditiva, em âmbito nacional. é filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro – CPB, e, internacionalmente, ao Comitê

Internacional des Sports del Surds (CISS – for athletes with hearing disabilities), órgão máximo de direção do desporto para surdos.

6-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTO PARA AMPUTADOS (ABDA).

A associação Brasileira de Desporto para Amputados foi fundada em 24 de agosto de 1990, na cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Foi reconhecida como Associação Dirigente do Desporto em 06/06/1991, pelo extinto Conselho Nacional de Desporto – CND.

De acordo com o art. 4º de seu estatuto, são finalidades da ABDA:

“a) dirigir o desporto para amputados no país, promovendo sua difusão através da realização de competições nacionais, proporcionando o conagraçamento de atletas e dirigentes;

b) promover e dirigir competições e campeonatos nacionais;

c) representar, internacionalmente, o desporto para amputados em competições e eventos de caráter desportivo; e

d) facilitar, dentro de suas possibilidades, o progresso material e técnico de suas filiadas.”

A ABDA reconhece como modalidades de desporto, a serem praticados por suas filiadas, o arco-e-flecha, a atletismo, o halterofilismo, a natação, o tiro, o voleibol, o futebol de campo e de salão e o ciclismo, podendo, futuramente, vir a reconhecer outras modalidades, se forem aprovadas pela assembléia geral e regulamentadas pelas entidades internacionais.

A ABDA tem como afiliada as associações que desenvolvem o desporto para pessoas amputadas, em nível nacional. é filiada ao Comitê Paraolímpico

Brasileiro – CPB, e, internacionalmente, à Internacional Sports Organization Disabled (ISOD), órgão máximo de direção do desporto para pessoas amputadas.

6.1 ASSOCIAÇÃO OLIMPIADAS ESPECIAIS – BRASIL

A Associação olimpíadas Espaciais – Brasil, fundada em 08 de dezembro de 1990, em Brasília – DF e atualmente com sede e fórum na cidade de Valinhos – SP, tem como finalidade principal oferecer treinamento e competições esportivas às pessoas portadoras de deficiência mental, de acordo com as regras oficiais e a filosofia do Programa Olimpíadas Espaciais, dirigidos pela Special Olympics Internacional.

Parágrafo único. Para atingir seus objetivos a associação promoverá:

- a) treinamento, torneios e jogos de olimpíadas especiais, visando à difusão do Desporto para Deficientes Mentais no Brasil;
- b) cursos, debates, congressos, seminários, pesquisas, etc., visando ao aprimoramento dos atletas, associados, profissionais e demais interessados no desporto para deficientes mentais;
- c) intercâmbio entre as instituições congêneres em Âmbito nacional e internacional, visando à troca de experiências e cooperação técnica;
- d) o desenvolvimento de técnicas e práticas desportivas através de convênios com órgão público, privado e instituições congêneres;
- e) a organização de cadastro de instituições nacionais e internacionais das diversas modalidades do programa;
- f) a organização de cadastro de atletas especiais praticantes das diversas modalidades do programa;
- g) a elaboração de boletim informativo sobre os trabalhos realizados; e

h) a expansão do programa incentivando a criação de associações em nível estadual e municipal.”

O movimento Special Olympics teve a sua origem em 1968, nos Estados Unidos da América, sendo, hoje, a maior organização desportiva para deficientes intelectuais em todo o mundo, abrangendo cerca de 100 países dos cinco continentes. Tem, como filiadas, as associações e grupos que desenvolvem o programa das Olimpíadas Especiais, em nível nacional. internacionalmente mantém-se filiada à Special Olympics internacional – USA.

6.2-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTO DE DEFICIENTES MENTAIS (ABDEM)

A Associação Brasileira de Desporto de Deficientes Mentais foi fundada em 17/05/1989, mas seu reconhecimento como órgão representativo só foi possível após a criação de seu estatuto próprio, com autonomia e independência das Apaes, o que ocorreu em agosto de 1995. Até então, a ABDEM era um órgão da Federação Nacional das Apaes, responsável pelo desporto da pessoa portadora de deficiência mental.

Art. 1º A Associação Brasileira de Desporto de Deficientes Mentais, denominada em seu estatuto de ABDEM, constituída pelas entidades que praticam o desporto para pessoas portadoras de deficiência mental, em todo o território nacional, é uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, e de caráter esportivo.

Art. 2º A ABDEM é a entidade responsável pela coordenação do desporto para pessoas portadores de deficiência mental em todo território nacional,

cabendo-lhe a representação no país, inclusive junto ao Comitê Paraolímpico Brasileiro, e, no exterior, em especial para o intercâmbio com as entidades internacionais."

Tem por finalidade planejar, promover, coordenar, difundir e realizar competições regionais e nacionais para pessoas portadores de deficiência mental no Brasil e no exterior. Deve promover também o conagraçamento dos atletas.

A ABDEM, como dirigente desportiva em âmbito nacional, terá como filiadas as Associações Regionais de Desporto de Deficientes Mentais (ARDEMs), entidades estas de direção desportiva das unidades da federação que congregam as Associações dos Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes) e instituições correlatas. Mantém-se filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB), e, internacionalmente à International Associaton Federations Mental Handicapped (INAS-FMH), órgão máximo de direção do esporte para deficientes mentais.

Mostraremos as instituições responsáveis pela organização do desporto adaptado no Brasil, vamos descrever as principais e suas funções.

7. O DESPORTO ADAPTADO DENTRO DE UMA PERSPECTIVA INCLUSSIVA. E DE COSTRUÇÃO COLETIVA.

O portador de necessidades especiais, tem sido relegado a exclusão do processo escolar e desportivo. Resultado de concepções de sociedade e de homem que consideram as diferenças existentes entre as pessoas marcas registradas de cada um, que condenam uns ao fracasso e elevam outros ao sucesso.

Percebemos que ainda se tem um modelo de sociedade onde existem indivíduos bons, fracos, ou mais ou menos. Quando o mesmo sai da normalidade ele começa, na grande maioria das vezes, a ser excluído. Nossa tendência é ficarmos correndo atrás de padrões, sem questionar se isso é importante ou não.

Apesar de todo o movimento de integração ou inclusão que vem aumentando nos últimos anos, e de ações desencadeados pelos órgãos de educação especial, baseado nos princípios constitucional da educação para todos, até o presente momento, Ter produzido mudanças significativas nas ultimas décadas, das barreiras legais terem se rompido, o direito garantido pôr lei a educação e ao desporto, percebemos ainda resistência e preconceitos, através de suas praticas e conteúdos dominantes, não abrem espaços para a massa diversificada de pessoas com desigual capital de origem familiar e social, com desigual expectativa e interesses que enfrentam com conteúdos e ritos pedagógicos de transmissão de conhecimento homogeneizado.

Dentro de um contexto histórico e após anos de busca pôr alternativas coerentes em busca de conceitos e atitudes convincentes em relação ano tema “ pessoas portadoras de necessidades especiais” chegou-se a conclusão que a

melhor maneira para tratar do assunto seria encontrar uma forma de incluir estas pessoas naturalmente na sociedade.

Sobre isso encontramos também em propostas curriculares referencias, sobre educação e desporto que ao longo da história, vem pontuando seus critérios de seleção na busca da homogeneidade, traduzindo em suas propostas metodológicas e em suas relações inter-subjetivas a incapacidade de trabalhar com as deficiências.

Na busca da inclusão, propõem-se um sistema educacional desportivo de qualidade para todos os alunos. Ela se baseia em princípios tais com: Aceitação das diferenças individuais como um atributo e não como um obstáculo e a valorização da diversidade humana pela sua importância para o enriquecimento de todas as pessoas.

A educação inclusiva depende não só do sistema na busca de soluções para o desafio da inclusão, mas de muitos outros fatores.

Em se tratando de educação física perante a educação inclusiva Rodrigues, (2001) acredita que a (EF) como disciplina curricular não pode ficar indiferente ou neutra em relação a educação inclusiva. Segundo o mesmo autor existem várias razões pelas quais a (EF) tem possibilidades de ser um ícone para a construção da educação inclusiva, pois os conteúdos ministrados apresentam um grau menor de rigidez em relação a outras disciplinas, o professor de (EF) possui maior liberdade para organizar os conteúdos que pretende que os alunos desenvolvam, além de uma maior sensatez em relação a expressões corporais e Comportamentais, assim aparentemente a educação física seria uma área mais facilmente inclusiva devido a flexibilidade inerente aos seus conteúdos.

Entendemos que nós como profissionais da educação física adaptada devemos buscar entender estes indivíduos diferentes, pessoas consideradas heterogêneas, com alternativas metodológicas, com finalidades para ampliação do desenvolvimento dos mesmos.

Considerando-se que o papel da sociedade é de promover a apropriação, elaboração e reelaboração de conhecimentos, torna-se necessário, para tanto que se favoreçam determinados tipos de interações sociais, que nos remete a discussão acerca do papel dos educadores e a concepção que fundamenta sua prática.

A inclusão é um desafio, os órgãos gerenciadores devem oferecer uma prática de atividades para todos seus alunos, pois não basta estar com o deficiente, e sim oferecer mecanismos de mudança de postura, de valores e atitudes.

“Todavia, em nosso entendimento a inclusão é o resultado da soma das oportunidades bem sucedidas que são possibilitadas a qualquer cidadão e não somente pelos decretos sem oportunizar o real acesso às oportunidades e aos meios para superar os desafios que promovam o seu desenvolvimento. Começando pelas atitudes, de todas as partes, principalmente por aqueles que trabalham diretamente ou elaboram as diretrizes que serviram de respaldo para a efetivação de propostas” (Araújo, 2003)

A esse respeito constatamos na política Nacional de educação

Especial que:

A integração é processo dinâmico de participação das pessoas num contexto relacional limitando sua integração nos grupos sociais. A integração implica em reciprocidade. E sob o enfoque educacional é processo gradual e dinâmico que pode tomar distintas formas de acordo com as necessidades e habilidades dos educados. (Carvalho (1997)

A inclusão é o fato de que o alvo de transformação é a sociedade, que devera ser capaz de acolher todas as pessoas. Isso é muito complexo, sendo assim, ela causa uma certa manifestação de medo em professores que atuam com atividade especial.

Portanto a inclusão é um movimento que apesar de ser assegurado pôr lei já a alguns anos, ainda é novo e também complexo, as instituições em geral ainda se encontram despreparadas para este tipo de atendimento.

Na Declaração de Salamanca a linha de ação sobre necessidades especiais, no que tange sobre a formação dos profissionais para atuar com pessoas portadoras de necessidades especiais, esclarece que a preparação adequada de todos os profissionais e também um dos fatores chave para propiciar a no aspecto inclusivo. (Corde,1989)

É um grande desafio para o sistema educacional a inclusão, pois depende da estrutura das instituições diferenciada para uma clientela diversificada, remoção de barreiras principalmente humanas, rever objetivos, recursos humanos capacitados para lidar com a diversidade, garantir conteúdos curriculares especiais compatíveis com o grupo atendido.

Finalmente gostaria de reafirmar que nossa crença de que a impossibilidade é e será uma condição temporária, para os que enfrentam as situações problemas, com criatividade e otimismo, para os que querem, de fato, saber cada vez mais sobre o mundo, as pessoas e sobre si mesmo. O desejo de compreender, de saciar a curiosidade de explorar o desconhecido são motivos que nos mantém ativos.

As atividades desportivas juntamente com as escolas vêm assumindo um papel e funções cada vez mais complexas e que exigem a participação de todos

os seguimentos da sociedade na condição de autores e atores de um projeto centrado na qualidade das respostas para todos os seguimentos

E a questão da inclusão de pessoas de portadoras de necessidades especiais dentro do desporto adaptado insere-se dentro do contexto das discussões, cada vez mais evidentes relativas quanto a integração dos cidadãos com seus respectivos direitos e deveres de participação e contribuição social.

Segundo a proposta curricular de Santa Catarina, "a escola pode contribuir significativamente para definir uma proposta de trabalho que gere espaço para dizer, ouvir, negociar, discordar, ajudar.(1998, p:67). Mas como devolver tudo isso quando a nossa realidade é pontuada em critério de seleção na busca da homogeneidade.Traduzindo em suas propostas, identificamos a incapacidade de trabalharmos com a diferença, pois no cotidiano encontramos dificuldades que vão desde o preconceito, até os baixos salários, acentuado numero de profissionais despreparados e acomodados para ensinar alunos com algum tipo de necessidades especiais, alem de escassez de espaço, de estímulos e recursos entre outros fatores.

Segundo Coscodai,(1994) o certo o "normal" do mundo é que as pessoas caminhem, falem , escrevam , produzam , saibam controlar seus instintos e suas vidas da forma como prevêem as normas sociais e que sejam capazes de se sujeitar a qualquer regra e conhecimento. No entanto, há pessoas que não chegam a fazer tudo isso. Há casos em que a diferença é entendida como deficiência. Neste sentido precisamos refletir a respeito de dificuldades e possibilidades encontradas na realidade escolar e desportiva para que possamos evoluir dentro de uma perspectiva de construção coletiva.

Sabemos que tanto a Constituição Federal (art. 208. III), quanto a LDB Lei n 9394/96 estabelecem o direito às pessoas Portadoras de Necessidades Educacionais Especiais, de receberem Educação preferencialmente na Rede Regular de Ensino. Além disso, a LDB prescreve, para os sistemas de ensino, organização de currículos, métodos, técnicas, recursos educacionais e organização específicas para atender suas necessidades. Paralelamente, prevê professores qualitativamente preparados para atender a diversidade.

E, apesar do crescimento da procura pôr órgãos especializados para as pessoas portadoras de necessidades especiais. O déficit é muito grande e constitui um desafio imenso para os sistemas de ensino, As diversas ações devem ser realizadas, para que a inclusão se efetive. Assim, é indispensável a participação deste não só fisicamente, mas em todo o processo de construção coletiva em forma de troca de ações entre parceiros de diferentes possibilidades, experiências, comportamentos, rompendo desta forma, com o preconceito quanto a incapacidade das deficiências, e num processo contínuo de construção do ser humano num todo

7.1-O CONCEITO DE INCLUSÃO

Magalhães (2002) da faculdade de educação de São Paulo (USP) conceitua inclusão como:

Atender os estudantes portadores de necessidades especiais na vizinhança da sua residência

Propiciar a ampliação do acesso destes alunos às classes comuns.

Propiciar aos professores das classes comuns um suporte técnico.

Perceber que as crianças podem aprender juntas, embora tendo objetivos e processos diferentes.

Levar os professores a estabelecer formas criativas de atuação com as pessoas portadoras de deficiência

Propiciar um atendimento integrado com os professores de classe comuns.

Para a mesma autora existe uma diferença entre normalização e inclusão, entende-se que normalização diz respeito a uma colocação seletiva do indivíduo portador de necessidades especiais na classe comum. Onde o professor da classe comum não recebe um suporte técnico do profissional da área de educação especial os indivíduos do processo de normalização precisam demonstrar que podem permanecer na classe comum,

Outro conceito importante de inclusão foi definido por Rodrigues (2001) da seguinte maneira. “Desenvolvimento de uma educação apropriada e de alta qualidade para alunos com necessidades especiais na escola “regular”

O processo de inclusão se refere a um processo educacional que visa estender ao máximo a criança portadora de necessidades especiais. Envolve fornecer o suporte de serviços da área de educação especial através dos seus profissionais. A inclusão é um processo constante que precisa ser continuamente revisto.

7.2-O QUE É EDUCAÇÃO INCLUSIVA?

A chamada educação inclusiva teve início nos Estados Unidos através da lei pública 94142, de 1975 e, atualmente se encontra na sua Segunda década de implementação, e em todo os Estados Unidos existem programas de educação

inclusiva, a partir destes projetos estendera-se para outras partes do mundo, sendo o mais conhecido centro fora dos Estados Unidos é o CSIE (Centre for Studies on Inclusive Education) da comunidade Britânica, sediado em Bristol é de onde partem os principais documentos da área de educação especial no momento(www.inclusão.com.br)

Pôr educação inclusiva segundo Magalhães,(2002) podemos entender que se trata do processo de inclusão dos portadores de necessidades especiais ou distúrbios de aprendizagem na rede comum em todos os seus graus. Possuem como características básicas, privilegiadas pelos projetos:

*Um direcionamento para a comunidade. No sistema inclusivo o processo educativo é entendido como um problema social, onde todas as pessoas portadoras de necessidades especiais, tem direito a educação o próximo do normal possível”

Uma escola de vanguarda, ou seja, uma escola inclusiva deve se apresentar como líder em relação às demais, atuando em todos os escalões buscando um melhor bem estar para os seus membros.

Alto padrão-exige altas expectativas em relação a uma escola inclusiva, espera-se que ela consiga atingir um alto nível de desempenho em relação a sua clientela.

Colaboração e Cooperação. Há um privilégio em relação a todos os seus participantes, buscando a criação de uma rede de apoio.

Mudança de Papéis. A escola inclusiva muda os papéis em relação a escola normal, existe uma proximidade maior entre escola- aluno- comunidade.

Melhor infra-estrutura. A escola se torna mais homogênea, pois é necessária uma melhor estrutura financeira.

Parceria com os Pais. Os pais são parceiros diretos dentro de uma escola inclusiva.

Avaliação. Os critérios devem ser mudados, métodos mais atualizados.

Acesso. O acesso físico deve ser mudado para que aja uma melhor comodidade.

Capacitação Técnica. Os profissionais devem estar em constante aperfeiçoamento técnico

“As escolas regulares seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos” (Unesco,1994).

7.3-FUNDAMENTOS PARA UMA POLÍTICA INCLUSIVA

No entendimento da concepção de educação inclusiva veremos alguns questionamentos que são necessários para reflexão:

O conceito de educação é pautado na caracterização concreta e diversa deste, ou em um modelo produzido social ou culturalmente.

Que relações sociais e históricas constituíram a concepção de diferença conhecida em nossa sociedade.

Estas questões apontam para o caráter histórico da temática

Neste sentido: entende-se que a educação para a cidadania diz respeito a uma proposta educacional inserida em um projeto de mudança, voltado para a organização e radicalização dos movimentos populares contra qualquer tipo de subordinação e exploração. Para isto a escola deverá estar organizada como um

espaço democrático onde, através do diálogo, do questionamento crítico, baseados no conceito do Homem como sujeito, agente, a educação fortalece e dá voz às pessoas e aos grupos sociais. Com esse tipo de educação, o estudante se forma como um agente ativo, capaz de participar em todas as esferas da vida pública Santos,. (1994.)

No entanto, há a necessidade de considerarmos que a exclusão não ocorre somente quando da separação. Mas, pode ocorrer, também, quando, baseado no discurso da “igualdade”, proporcionamos acesso igual àqueles que são diferentes. Pensar no diferente não significa atribuir ao sujeito menos capacidade ou menor possibilidade. Significa deixar de lado o modelo estabelecido e trabalhar do que é diferente, que inclui desde a necessidade de superação. da concepção de mundo, fundamentada em uma perspectiva harmônica, funcional e estabelecida através de um padrão pré estabelecido de como deve ser o sujeito e seus comportamentos, até a compreensão do modelo de educação vivenciado na sociedade contemporânea.

Podemos localizar sua origem em momentos histórica anteriores, quando a educação tinha como de sua atuação, uma perspectiva unificadora. Esta se referenciava em modelos ou padrões previamente estabelecidos, sejam tipos de sujeito, tipos escolares, desportivos, ou formas de aprendizagem.

A partir destas referencias vamos Ter séculos do desenvolvimento de práticas educativas voltadas a priorizar a atuação junto àqueles que mais se adaptam ou se adequam a estes modelos. A sociedade moderna vai manter pôr muito tempo esta prática segregada, separando e isolando aqueles que de uma forma ou de outra não correspondem ao paradigma elaborado. Como

conseqüência, estes sujeitos foram sendo excluídos dos mais diferentes espaços sociais.

Assim, a busca do perfeito, belo, forte, inteligente e produtivo, muitas vezes, ainda, se constitui em referencia para a definição da cidadania, demarcada desde as épocas mais antigas até os dias atuais.

A educação que era considerada de melhor qualidade, também foi concebida e efetivada pôr determinados grupos sociais que de tal forma representam um tipo de leitura da sociedade, privilegiando conhecimentos que reforçam a lógica social estabelecida.

Em princípio todos teriam possibilidade de ser tornar cidadãos, mas poucos são os esforçados, os inteligentes e capazes para conquistar seu espaço social e seus direitos constitucionais. O cidadão é aquele que tem condições de ganhar evidência ao derrotar seus concorrentes, ou seja, os indivíduos bem sucedidos têm a capacidade de garantir uma cidadania caracterizada pela conveniência.

O modelo educacional que foi reproduzido durante décadas mostrou-se pouco eficiente em preparar cidadãos críticos, criativos e participativos competitividade, a passagem pelo funil social, o individualismo e a especialização técnica são algumas das características assumidas pelas diferentes tendências pedagógicas, como também pôr meio de política educacionais que foram sendo efetivadas.

Abordar a exclusão nesta perspectiva implica compreendi-la em seu sentido mais amplo, seja de raça, cultura, valores, crenças, religião, classe social, com necessidades especiais ou ainda de condições diferenciadas dos sujeitos que constituem a realidade. Temos, ainda, aqueles frutos de repetência escolar, do agravamento das condições sócio-econômicos de suas famílias, do pouco

acesso aos bens de consumo e equipamentos coletivos, de problemas sociais mais diversos, tais como: o uso de drogas, violência, necessidade de trabalho, dentre outras.

Assim o acesso e a permanência na escola, desta maioria, podem significar a oportunidade de trabalhar ou desmistificar as contradições que constituem, determinam ou condicionam a produção da natureza,, das relações históricos sociais até a subjetividade e individualidade que caracteriza cada um dos seres humanos. Neste sentido, várias são as iniciativas que tem sido desencadeadas pela sociedade, com vistas a romper com os estigmas, preconceitos e diferentes formas de seletividade. No entanto, temos ainda muitos obstáculos para a construção de uma sociedade democrática e que possibilite espaço a diversidade, através de implementação de políticas inclusivas e seus instrumentos legais.

Portanto se analisarmos, desde 1948 a (declaração universal dos direitos humanos) trata com clareza e objetividade, o que é necessário estar assegurado a qualquer sujeito. Em 1990, quando a realização da “Conferência Mundial Sobre Educação Para Todos” é reafirmada a garantia dos direitos fundamentais, independente das particularidades de cada indivíduo, quer seja “dito normal. “quer não. Corde, (!989)

Alem destas mudanças em 1988, a constituição nacional se fundamenta no conceito de cidadania do sujeito, enquanto princípio maior, bem como na garantia e acesso dos direitos fundamentais, que devem ser providos através das políticas sociais básicas.

Neste contexto, podemos analisar que, de modo especial, nas duas últimas décadas, aumentou a crise nas condições de vida da população. As políticas

sociais básicas não garantem o atendimento efetivo no que se refere ao desemprego, reforma agrária, saúde, educação, habitação, relações econômico-produtivas e a relação capital-trabalho Costa, (1990).

A escola pública trabalha com a maioria da população que hoje, por força do modelo econômico, político, social e cultural, está fragmentada em vários segmentos, considerados como minoria (organizadas ou não na sociedade). Não há como negar que, das mais variadas formas, todos estes fragmentos participam da produção da riqueza, mas historicamente têm sido excluídos ou tratados de forma discriminatória negando-lhes, muitas vezes, o acesso aos seus direitos fundamentais. Direitos, estes, que compreendem desde suas condições objetivas-materiais de vida, forma de organização, sócio-política, produção e acesso ao conhecimento sistematizado são a cultura.

Assim, o acesso e permanência na escola e em qualquer outro segmento social desta maioria, podem significar a oportunidade de trabalhar ou desmistificar as contradições que constituem, determinam e condicionam a produção da natureza, das relações históricos-sociais até a subjetividade e individualidade que caracteriza cada um dos seres humanos.

Neste sentido, várias são as iniciativas que têm sido desencadeadas pela sociedade, com vistas a romper com os estigmas, preconceitos e as diferentes formas de seletividade. No entanto, temos ainda muitos obstáculos para a construção de uma sociedade democrática e que possibilite espaço à diversidade através da implementação dos instrumentos legais.

Se analisarmos, desde 1948 a "Declaração Universal dos Direitos Humanos" trata com clareza e objetividade, o que necessário estar assegurado a qualquer sujeito. Em 1990, quando da realização da "Conferência Mundial Sobre a

Educação para Todos”, é reafirmada a garantia dos direitos fundamentais (na área da educação), independente das particularidades de cada educando atendido.

Além destas mudanças de âmbito mundial, vamos ter no Brasil mudanças significativas, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, que vai se fundamentar no conceito de cidadania do sujeito, enquanto princípio maior, bem como na garantia de acesso aos direitos fundamentais, que devem ser providos através das políticas sociais básicas.

No que se refere à criança e ao adolescente vamos ter em 1990 a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente que dispõe sobre a proteção integral, reafirmando os direitos fundamentais dos artigos 7.º ao 69(anexo 1), definidos a toda a população desde o seu nascimento até aos dezoito anos de idade.

E, em 1996, a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei n.º 9394, que tem como finalidade concretizar o preceito constitucional e responder ao compromisso assumido pelo País quanto à efetivação de uma “Educação para todos”, não podendo conter nenhum tipo de atuação discriminatória no sistema regular de ensino. Assume-se, assim, a partir destes novos referenciais, o compromisso de produzir uma educação comprometida com a produção da cidadania, considerando sempre a diversidade. Proporcionando, quando necessário, atendimento especializado para aqueles que dele precisarem.

Neste sentido, também estamos caminhando, significativamente através de legislações e/ou políticas nesta área. Vamos ter, já na Constituição Federal, em seus artigos 7.º; 23;24;37;203;208;227(anexo2), a garantia contra qualquer

tratamento discriminatório, à proteção integral através de programas de assistência específicos ao portador de deficiência. Este também deverá receber atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino.

A partir deste marco legal, teremos outras mudanças que vêm orientando as políticas de atuação nestas áreas: a criação da Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência Corde, (1989). A mesma temática, vai ser objeto de discussão na “Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais”, realizada em Salamanca (Espanha) em 1994, que acaba reafirmando também o compromisso com a educação para todos.

Em 1996, teremos no Estado de Santa Catarina, a Resolução n.º 01/96 do Conselho Estadual de Educação (anexo 3), que fixa as normas para a Educação Especial no Sistema de Ensino de Santa Catarina, seguindo os preceitos constitucionais e as políticas encaminhadas até então, onde as pessoas com necessidades educacionais especiais deverão preferencialmente, ser atendidas na rede regular de ensino, beneficiando-se no, entanto, dos diferentes serviços de atendimento especializado. Neste mesmo ano, a Lei de Diretrizes Bases da Educação Nacional – Lei n.º 9.394 em seu artigo 58 e 59 (anexo 4), onde os educandos portadores de necessidades especiais, que deverão freqüentar Preferencialmente a rede regular de ensino.

Porém, a mudança de referenciais aqui indicados precisa ainda concretizar-se, tanto no âmbito da sociedade, que ainda convive com práticas discriminatórias nos mais diferentes sentidos, como também no espaço educacional.

A educação, neste sentido, deverá estar pautada em; Propostas Curriculares dos órgãos que tem como princípio o ato educativo intencional e de inclusão dos indivíduos portadores de necessidades especiais, fundamentado no conceito de cidadania que pressupõe o respeito às diferenças individuais, que garanta o acesso aos bens sociais, a participação democrática, o direito à apropriação do conhecimento universal, buscando uma transformação coletiva da sociedade.

Assim, produzir uma forma diferenciada de educação e integração na sociedade de indivíduos especiais, tendo a possibilidade de trabalhar a partir da consciência da particularidade, que se apresenta na diversidade, se põe como uma necessidade e um desafio da educação dos sujeitos, fundamentada em uma perspectiva histórico-cultural .

7.4 INCLUSÃO E EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA

Em se tratando de educação física adaptada dentro de um processo inclusivo, temos como marco inicial os cursos de graduação estabelecidos através da resolução 3/87 do Conselho Federal de Educação que prevê a atuação do professor de educação Física com o portador de necessidades especiais. Pôr isso, sabemos que muitos profissionais de educação física que atuam em escolas não receberam em sua formação conteúdos pertinentes à educação física adaptada ou a inclusão.

A educação motora proporcionada através da disciplina de (EF)é um direito, não é uma opção descartável e pôr ser um direito nenhum aluno pode ser dispensado dele Rodrigues,(2001).

É necessário entendemos que nem sempre a escola esta preparada para o desempenho de uma atividade inclusiva, o que nos leva a questionar se a Educação Física possui subsídios necessários para a pratica em questão.

A Educação Física Adaptada” é uma área da educação física que tem como objetivo o estudo da motricidade humana para as pessoas com necessidades educativas especiais, adequando metodologias de ensino para o atendimento às características de cada portador de deficiência, respeitando suas diferenças individuais Duarte & Werner,(1995).

Segundo Bueno & Resa (1995) A educação Física Adaptada não se diferencia da Educação Física em seus conteúdos, mas compreende técnicas, métodos e formas de organização que podem ser aplicados ao indivíduo deficiente. É um processo de atuação docente com planejamento, visando atender às necessidades de seus educandos.

7.5 CONHECER A PREVINIR.

Em se tratando de deficiência Física conhecer a clientela em que estamos inseridos é de fundamental importância para que possamos evitar muitas vezes situações de risco para nossos alunos. Portanto no caso de um aluno com Disreflexia Autonômica: A Disreflexia ou Hiperreflexia Autonômica pode ocorrer em um aluno que tenha lesão medular alta (T34 a T6 ou acima). Um episódio de disreflexia autonômica pode acontecer súbita e dramaticamente. Uma dor de cabeça em marteladas, sudorese, mancha cutânea acompanha hipertensão e queda de frequência cardíaca. A hipertensão pode ser maligna, se não tratada, pode resultar em perda de consciência total, crises convulsivas, distúrbios visuais, apnéia e acidentes vasculares cerebrais por hemorragia.Okamoto, (1990) As

causas mais comuns da disreflexia são: problemas urinários, principalmente bexiga cheia demais, infeccionada ou com pedras; dilatação do intestino causada por prisão de ventre; escaras ou áreas sob pressão exagerada e até mesmo a irritação causada por deitar-se sobre um objeto pequeno sem perceber; queimaduras ou espasmos uterinos, principalmente antes ou nos primeiros dias de menstruação ou durante o parto. Werner, (1994). A disreflexia é uma emergência médica. Como medida preventiva em suas aulas o professor que tiver um aluno com lesão medular, usuário de cadeiras de rodas, deve pedir que o aluno faça o esvaziamento da bexiga e intestino antes da aula de educação física. Observar os locais de maior contato com a cadeira de rodas (glúteos e as costas) para ver se não há a formação de escaras. E ainda observar que as aulas de educação física sejam em horários que o sol não esteja tão quente, para que não haja complicações do tipo febre e insolação.(Freitas & Cidade, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de literatura nos permitiu fazer algumas observações pertinentes, que nos são necessárias para melhor entender os processos norteadores que gerem as atividades para pessoas portadoras de necessidades especiais.

Buscamos nas diversas literaturas existentes informações que suprissem anseios e questionamentos que nos acompanham desde que iniciamos a vida esportiva, ainda na adolescência, mais especificamente como atleta da

modalidade de handebol, onde a busca pôr resultados e melhora de performance a cada dia torna-se constante, pois, a perfeição é buscada quase que como obsessão. Isso fez com que começassem dentro de nós conflitos e perguntas que só entendemos a partir do momento que começamos a estudar as causas, quer sejam congênitas, adquiridas, ou ortopédicas que levam as pessoas as deficiências.

Nosso grande conflito era entender o porque das pessoas mesmo portando “deficiências” encontram motivos para a superação e continuar a viver apesar dos “impedimentos” impostos pelas circunstâncias em questão. Entretanto, logo na primeira parte de nosso trabalho conseguimos entender esses motivos, algumas histórias lidas e ouvidas nos deram a noção e as respostas a nossos anseios, pois, o termo vida pôr si só é suficiente para entendermos de onde vem a motivação que impulsiona os seres humanos, e em especial os portadoras de necessidades especiais.

Portanto podemos reafirmar que a prática de atividade física desportiva pelas pessoas portadoras de necessidades especiais trás benefícios múltiplos aos mesmos. Acreditamos que com o avanço cada vez mais eficiente da tecnologia que já produziu robôs para realizar ações físicas como levantar ou selecionar, próteses que podem substituir capacidades sensoriais ou motoras prejudicadas, no futuro estes aparelhos ajudarão os deficientes físicos a fazer os mesmos movimentos e as mesmas ações que uma pessoa sadia é capaz de executar. Entendemos que o extraordinário abismo que já existiu entre deficiente e não deficiente pode desaparecer.

Verificamos que as legislações vigentes regidas pela carta magna (Constituição de 1988) e uma serie de outros artigos, emendas, leis, amparam e

protegem esses cidadãos, em geral e de forma específica os portadores de necessidades especiais. Só nos chama a atenção o pouco emprego e ineficiência para se por em prática tais leis, exemplo disso é um dos maiores problemas que excluem os indivíduos portadores de necessidades especiais, é a falta de transporte para que possam se locomover de um local para outro, fato esse garantido por lei, mas não cumprido.

Citamos também o despreparo dos profissionais pertencentes à área, desmotivados pelos baixos salários ou simplesmente despreparados pedagogicamente, apesar de ser obrigatório a disciplina de educação especial em cursos de graduação. Isso nos leva a crer que não depende só de nós a fiscalização e eficiência dos processos inclusivos, mas sim de todos os segmentos sociais, culturais e políticos, portanto a participação da pessoa portadora de necessidades especiais na comunidade requer mecanismos que propiciem a igualdade de oportunidades.

O fato de um ser humano ter uma deficiência quer seja mental, física, visual ou auditiva não pode excluí-lo do processo produtivo e tampouco torná-lo objeto de ações meramente assistências, ou de referenciais estatísticos e sim ser visto como uma pessoa que apesar da “deficiência” pode ser “eficiente” dentro de uma determinada especialidade.

É necessário ter sensibilidade, competência, e acima de tudo muito amor pelo trabalho e pelo próximo, acredita-se que só assim atingiremos os objetivos de uma sociedade inclusiva e construtiva em prol da coletividade humana.

Referencias bibliográfica

ADAMS. R C. *Jogos, Esporte e Exercício para o Deficiente Físico.* São Paulo. Manole, 1985.

ARAUJO, P.F. O desenvolvimento do Esporte Adaptado no Brasil. Campinas, 2003 (no prelo)

ARAUJO, P. F. *Desporto Adaptado no Brasil: Origem, institucionalização e Atualidade.* Publicações Indesp. Serie Esporte para Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 1998

ARAUJO, P. F. Educação Física para Pessoas Portadoras de Deficiência nas Instituições Especializadas de Campinas. Piracicaba, SP: UNIMEP, 1991 (dissertação de Mestrado).

ANDRÈ, Marli(Org.) *Pedagogia das diferenças na sala de aula.* Campinas: S.P Papiros, 1999

BA, W.J.P.H. Os Aspectos Clínicos dos Acidentes Cerebrais(AVC)

In: DOWNIE, P. Neurologia para Fisioterapeutas. S.P: Editorial Médica Panamericana, 1987.p. 161-169

BUENO, S. T; RESA, J. Z. Eucación Física para Ninos y ninas com Nescesidades EducativasEspeciales. Málega: Algibe,1995

BOBATH, K. *A Deficiência em acientes com Paralisia Cerebral.* Trad. J. Pinto Duarte.Editora Monole, 1989.

BRASIL .Constituição, 1988. Constituição da República Federal do Brasil. Brasília: Senado Federal,Centro Gráfico, 1988.

_____.LEI N.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece a diretrizes e Bases da educação nacional.Diário Oficial da União. Brasília, N.º 248, de 23 de dezembro,1996.

CARVALHO, E. R. Temas em Educação Especial. RJ: WVA Ed. 1998.

RODRIGUES, D. A Educação Física Perante a Educação Inclusiva: reflexões conceptuais E metodologicas. www.sobama.org.br(2003)

COSTA, A .C.G.Infancia, Juventude e Política Social no Brasil. IN:Brasil, Criança Urgente- A Lei 8069/90. RJ, Colunbos Cultural Editora, 1990

CHUSID,J.G. Neuroanatomia Correlativa e Neurologia Funcional.São Paulo. Guanabara Koogan. 1985.

TOOLE, J. F. Doenças Vasculares do Cérebro e da Medula Espinhal.

In: **MERRIITT, H. Houston.** Tratado de Neurologia. Rj: Ed Guanabara Koogan,1977. P.129-174.

CONDE, A . M. A Pessoa Portadora de Deficiência Visual, seu corpo, seu movimento e seu mundo. In: MEC/SEDES. Edocação Física e Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência. BrasíliaMEC/SEDES,1994

CARVALHO, E. R. *Temas em Educação Especial*. RJ: WVA Ed. 1998

CARMO, A. A. Deficiência Física: a Sociedade Brasileira Cria, Recupera, Discrimina. Brasília: PR/ Secretaria dos Desportos, 1991

CARMO, A. A. Compreendendo a Realidade da Pessoa Portadora de Deficiência.

Fundamentos Históricos, Filosóficos e Sociais. In: COSTA, V.L. de M. (cord.).

Curso de Atividade Física e Desportiva para Pessoas Portadoras de Deficiência: Educação à distância. RJ: ABT/UGF, 1995. V.2.

CIDADE, R. E. A & FREITAS, P. S. Introdução a educação Física e ao Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência. PR, Ed, UFFP, 2002

CIDADE, R. E. A & FREITAS, P. S. Noções Sobre Educação Física e Esporte Para Pessoas Portadoras De Deficiência Uma Abordagem Para Professores De 1 E 2 Graus

COSTA, V. L. de M. (Cord.) Curso de Atividade Física e Desportiva para Pessoas Portadoras de Deficiência: educação a distância. RJ: ABT/UGF, 1995. V. 2.

CORDE: Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais. Brasília, 1994.

DUARTE, E ; WERNER, T. Conhecendo um pouco mais sobre as deficiências. In;

MADO, A. B. MACH. Neuroanatomia Funcional. SP: Ateneu, 1993.

FREIRE. J. B. De Corpo e Alma: o Discurso Da Motricidade. São Paulo: Summus, 1991.

FREIRE, J. B. Educação de Corpo Inteiro: Teoria e Prática da Educação Física. São Paulo: Ed. Scipione, 1989.

FERREIRA, S. Atividades Motoras para Deficientes Auditivos. In:MEC/SEDES. Educação Física e Desporto para Pessoas portadoras de Deficiência. Brasília:MEC/SEDES, SESI-DN, 1994.

LOCKETTE, K.F. KEYES, M. Conditioning With Physical disabilities. Chicago: Rehabilitation Institute of Chicago, 1994

PEDRINELLI,V. J. Educação Física Adaptada: Conceituação e Terminologia. In:Educação Física e Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência .Brasília, MEC-SEDES, SESI-DN, 1994

ROSADAS,S..C.*Sucesso de Pessoas Portadoras de Deficiência Através da Prática Esportiva: Um Estudo de Caso. Campinas,SP 2000.Tese de Doutorado, Unicamp,FEF*

ROSADAS, S. C Educação Física Especial Para Deficientes. São Paulo,Atheneu, 1991, 3ª edição

RODRIGUES, D. A Educação Física Perante a Educação Inclusiva: reflexões conceituais E metodologicas. www.sobama.org.br(2003)

RODRIGUES, G. M. Reflexões Sobre a Educação Física para Portadores de Necessidades Educacionais Especiais à Luz da individualização. Campinas, UNICAMP/FEF. 1998. (Tese de Mestrado). , 1994.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. Proposta Curriculares (Temas Multidisciplinares) "Abordagem às diversidades no processo pedagógico". Florianópolis, 1998.

SHERRIL, C. Adapdated Physical Activity, Recreation, and sport: crssdisciplinary and lifepan. 4. Ed. Dubuque, Ia: Brown & Benchmark, 1993.

SANTOS, M.P.A Inclusão da Criança com Necessidades Educacionais Especiais. Disponível na Internet. <http://www.regra.net/>.

SASSAKI, R. K. Inclusão. Construindo uma Sociedade para Todos. RJ, Edwv 1997.

SESI-DN: Ministério do Esporte e Turismo: Lazer, Atividade Física e esporte para Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 2001.

Anexo I

Legislação Ordinária Federal / 2000

Em meio a finalização do presente trabalho deparei-me com novas disposições em relação à legislação pertinente ao assunto. Considerei importante incluí-las neste estudo.

LEI No 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000

(Diário Oficial da União, 09 de novembro de 2000)

Art.1º - As pessoas portadoras de deficiência física, os idosos com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.

Art. 2º - As repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas a que se refere o art. 1º

Parágrafo único - É assegurada, em todas as instituições financeiras, a prioridade de atendimento às pessoas mencionadas no art. 1º

Art. 3º - As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo reservarão assentos, devidamente identificados, aos idosos,

gestantes, lactantes, pessoas portadoras de deficiência e pessoas acompanhadas por crianças de colo.

Art. 4º - Os logradouros e sanitários públicos, bem como os edifícios de uso público, terão normas de construção, para efeito de licenciamento da respectiva edificação, baixadas pela autoridade competente, destinadas a facilitar o acesso e uso desses locais pelas pessoas portadoras de deficiência.

Art. 5º - Os veículos de transporte coletivo a serem produzidos após doze meses da publicação desta Lei serão planejados de forma a facilitar o acesso a seu interior das pessoas portadoras de deficiência.

§ 1º (VETADO)

§ 2º - Os proprietários de veículos de transporte coletivo em utilização terão o prazo de cento e oitenta dias, a contar da regulamentação desta Lei, para proceder às adaptações necessárias ao acesso facilitado das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 6º - A infração ao disposto nesta Lei sujeitará os responsáveis:

I – no caso de servidor ou de chefia responsável pela repartição pública, às penalidades previstas na legislação específica;

II – no caso de empresas concessionárias de serviço público, a multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais), por veículos sem as condições previstas nos art's. 3º e 5º;

III – no caso das instituições financeiras, às penalidades previstas no art. 44, incisos I, II e III, da Lei no 4.595, de 31 de dezembro de 1964.

Parágrafo único. As penalidades de que trata este artigo serão elevadas ao dobro, em caso de reincidência.

Art. 7º - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, contado de sua publicação.

Art. 8º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000

Capítulo I Disposições Gerais

Art.1º - Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.

Art.2º - Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

I – acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II – barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:

- a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;
- b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;
- c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa;

III – pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida: a que temporária ou permanentemente tem limitado sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo;

IV – elemento da urbanização: qualquer componente das obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamentos para esgotos, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

V – mobiliário urbano: o conjunto de objetos existentes nas vias e espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos da urbanização ou da edificação, de forma que sua modificação ou traslado não provoque alterações substanciais nestes elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, cabines telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

VI – ajuda técnica: qualquer elemento que facilite a autonomia pessoal ou possibilite o acesso e o uso de meio físico.

Capítulo II Dos Elementos da Urbanização

Art.3º - O planejamento e a urbanização das vias públicas, dos parques e dos demais espaços de uso público deverão ser concebidos e executados de forma a torná-los acessíveis para as pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art.4º - As vias públicas, os parques e os demais espaços de uso público existentes, assim como as respectivas instalações de serviços e mobiliários urbanos deverão ser adaptados, obedecendo-se ordem de prioridade que vise à maior eficiência das modificações, no sentido de promover mais ampla acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art.5º - O projeto e o traçado dos elementos de urbanização públicos e privados de uso comunitário, nestes compreendidos os itinerários e as passagens de pedestres, os percursos de entrada e de saída de veículos, as escadas e rampas, deverão observar os parâmetros estabelecidos pelas normas técnicas de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT.

Art.6º - Os banheiros de uso público existentes ou a construir em parques, praças, jardins e espaços livres públicos deverão ser acessíveis e dispor, pelo menos, de um sanitário e um lavatório que atendam às especificações das normas técnicas da ABNT.

Art.7º - Em todas as áreas de estacionamento de veículos, localizadas em vias ou em espaços públicos, deverão ser reservadas vagas próximas dos acessos de circulação de pedestres, devidamente sinalizadas, para veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência com dificuldade de locomoção.

Parágrafo único - As vagas a que se refere o caput deste artigo deverão ser em número equivalente a dois por cento do total, garantida, no mínimo, uma vaga, devidamente sinalizada e com as especificações técnicas de desenho e traçado de acordo com as normas técnicas vigentes.

Anexo II

Para que possamos entender melhor o assunto que trata das questões relacionadas às barreiras arquitetônicas incluímos nestes anexos algumas leis que amparam e fomentam as questões das deficiências.

Capítulo V Da Acessibilidade nos Edifícios de Uso Privado

Art.13º - Os edifícios de uso privado em que seja obrigatória a instalação de elevadores deverão ser construídos atendendo aos seguintes requisitos mínimos de acessibilidade:

I – percurso acessível que una as unidades habitacionais com o exterior e com as dependências de uso comum;

II – percurso acessível que una a edificação à via pública, às edificações e aos serviços anexos de uso comum e aos edifícios vizinhos;

III – cabine do elevador e respectiva porta de entrada acessíveis para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art.14º - Os edifícios a serem construídos com mais de um pavimento além do pavimento de acesso, à exceção das habitações unifamiliares, e que não estejam obrigados à instalação de elevador, deverão dispor de especificações técnicas e de projeto que facilitem a instalação de um elevador adaptado, devendo os demais elementos de uso comum destes edifícios atender aos requisitos de acessibilidade.

Art.15º - Caberá ao órgão federal responsável pela coordenação da política habitacional regulamentar a reserva de um percentual mínimo do total das

habitações, conforme a característica da população local, para o atendimento da demanda de pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Capítulo VI Da Acessibilidade nos Veículos de Transporte Coletivo

Art.16º - Os veículos de transporte coletivo deverão cumprir os requisitos de acessibilidade estabelecidos nas normas técnicas específicas.

Capítulo VII Da Acessibilidade nos Sistemas de Comunicação e Sinalização

Art.17º - O Poder Público promoverá a eliminação de barreiras na comunicação e estabelecerá mecanismos e alternativas técnicas que tornem acessíveis os sistemas de comunicação e sinalização às pessoas portadoras de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação, para garantir-lhes o direito de acesso à informação, à comunicação, ao trabalho, à educação, ao transporte, à cultura, ao esporte e ao lazer.

Art.18º - O Poder Público implementará a formação de profissionais intérpretes de escrita em braille, linguagem de sinais e de guias-intérpretes, para facilitar qualquer tipo de comunicação direta à pessoa portadora de deficiência sensorial e com dificuldade de comunicação.

Art.19º - Os serviços de radiodifusão sonora e de sons e imagens adotarão plano de medidas técnicas com o objetivo de permitir o uso da linguagem de sinais ou outra subtítuloção, para garantir o direito de acesso à informação às pessoas portadoras de deficiência auditiva, na forma e no prazo previstos em regulamento.

Capítulo VIII Disposições Sobre Ajudas Técnicas

Art.20º - O Poder Público promoverá a supressão de barreiras urbanísticas, arquitetônicas, de transporte e de comunicação, mediante ajudas técnicas.

Art.21º - O Poder Público, por meio dos organismos de apoio à pesquisa e das agências de financiamento, fomentará programas destinados:

I – à promoção de pesquisas científicas voltadas ao tratamento e prevenção de deficiências;

II – ao desenvolvimento tecnológico orientado à produção de ajudas técnicas para as pessoas portadoras de deficiência;

III – à especialização de recursos humanos em acessibilidade.

Capítulo IX Das Medidas de Fomento à Eliminação de Barreiras

Art.22º - É instituído, no âmbito da Secretaria de Estado de Direitos Humanos do Ministério da Justiça, o Programa Nacional de Acessibilidade, com dotação orçamentária específica, cuja execução será disciplinada em regulamento.

Capítulo X Disposições Finais

Art.23º - A Administração Pública federal direta e indireta destinará, anualmente, dotação orçamentária para as adaptações, eliminações e supressões de barreiras arquitetônicas existentes nos edifícios de uso público de sua propriedade e naqueles que estejam sob sua administração ou uso.

Parágrafo único. A implementação das adaptações, eliminações e supressões de barreiras arquitetônicas referidas no caput deste artigo deverá ser iniciada a partir do primeiro ano de vigência desta Lei.

Art.24º - O Poder Público promoverá campanhas informativas e educativas dirigidas à população em geral, com a finalidade de conscientizá-la e sensibilizá-la quanto à acessibilidade e à integração social da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Art.25º - As disposições desta Lei aplicam-se aos edifícios ou imóveis declarados bens de interesse cultural ou de valor histórico-artístico, desde que as modificações necessárias observem as normas específicas reguladoras destes bens.

Art.26º - As organizações representativas de pessoas portadoras de deficiência terão legitimidade para acompanhar o *cumprimento dos requisitos de acessibilidade estabelecidos nesta Lei*.

Art.27º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.
Barreiras Arquitetônicas

Várias cidades de nosso país regulamentaram esse Artigo da Constituição Federal, porém, na prática pouco se tem feito de concreto para permitir a acessibilidade.

Ao eliminar as barreiras arquitetônicas, os horizontes dos portadores de deficiência abrir-se-ão no sentido de diminuir ou eliminar o preconceito que a sociedade mantém. É o preconceito que impede a “Participação Plena e Igualdade”.

Somente com a conscientização da população e o respeito à pessoa humana é que as pessoas portadoras de deficiência verão seus direitos concretizados e exercendo sua cidadania.

Não temos como objetivo mostrar neste trabalho as barreiras visíveis que os portadores de deficiência se deparam no dia-a-dia, porém, as barreiras invisíveis do preconceito é que são *graves e impedem a participação efetiva* desse segmento na sociedade.

Pessoas ditas normais deveriam expor projetos à sociedade, de barreiras que as pessoas portadoras de deficiência vivenciam diariamente, e através da conscientização de todos os portadores de deficiência ou não, o respeito e cooperação andaram lado a lado em prol da coletividade e inclusão em todos os seguimentos.

“nosso andar não deixa marcas no chão, mas deixa marcas nas alturas do buscar, do realizar e do aprender”

(João Carlos Pecci)