

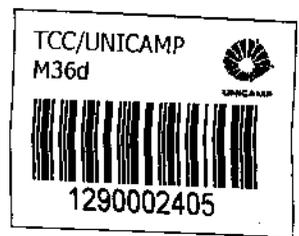
MARIA TEREZA FERRETTI MARTARELLO

O DEFICIENTE MENTAL E A PRÁTICA DO HANDEBOL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

1992



Monografia apresentada à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas como exigência parcial do curso de Especialização - Educação Física Adaptada, sob a orientação da Profa. Ana Isabel de Figueiredo Ferreira.

## Agradeço

- À Profa. Ana Isabel de Figueiredo Ferreira, pela sua orientação segura, e nos momentos certos,
- À Profa. Maria Lúcia Guedes Pinto Francischetti, pela sua disponibilidade, apoio e incentivo constante,
- Às Profas. Ana Maria Tognato e Eliana Aparecida Corozola Bueno da APAE, que muito contribuíram para a realização deste trabalho,
- À Dra. Mara Aparecida Gimenez de Oliveira da APAE, pela amizade, atenção e colaboração prestadas,
- À Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE/Campinas), ao seu corpo administrativo e aos alunos com os quais eu aprendo a cada dia, e que me possibilitaram a realização deste trabalho.

Ao meu marido, Alberto, que soube ser compreensivo e paciente em todos os momentos, contribuindo para que pudesse concluir este trabalho.

Com todo meu amor.

"É hora das pessoas pararem  
de ver incapacidade e começarem a  
perceber capacidade".

Hansen

## SUMÁRIO

RESUMO	7
INTRODUÇÃO	8
I - O DEFICIENTE MENTAL E A PRÁTICA DE ATIVIDADES ESPECÍFICAS DO HANDEBOL	14
1.1 Conceito da Deficiência Mental	14
1.2 Definição do Handebol	22
II - ADAPTAÇÃO DA PRÁTICA DO HANDEBOL FACE ÀS NECESSIDADES DO DEFICIENTE MENTAL	26
2.1 População estudada	26
2.2 Ambiente pesquisado e equipe de apoio	27
2.3 Técnica utilizada na prática do Handebol	29
CONCLUSÕES	37
BIBLIOGRAFIA	39

## RESUMO

O presente estudo tem como finalidade propor o aprendizado do handebol, como iniciação da prática esportiva para a pessoa portadora de deficiência mental, oferecendo condições para desenvolverem suas potencialidades e detectar possíveis benefícios advindos dessa prática.

Nesse caso, ao revelar os procedimentos técnicos ao ensino do handebol para o deficiente mental, abordou-se o local onde foram desenvolvidas as atividades, a dinâmica da aula, o conteúdo utilizado, a equipe técnica e as características dos alunos, com todos os elementos que interagem para configurar a aquisição dos ensinamentos da prática do handebol.

Os resultados obtidos demonstram que o handebol pode contribuir para um desenvolvimento biopsicosocial do deficiente mental.

## INTRODUÇÃO

Para se descobrir o que é bom para o deficiente, "é preciso, antes de tudo, saber como são, para entendê-los melhor, e assim equacionar de forma equilibrada as atividades a eles destinadas. Eles podem se relacionar com qualquer pessoa, principalmente com aqueles que o compreendem, e para compreendê-los não é preciso pré-requisitos. Basicamente tratá-los da mesma forma como tratamos qualquer outra pessoa: sem distinções, compaixão ou protecionismo, sobretudo acreditando em suas potencialidades".<sup>1</sup> "O que os deficientes desejam e pretendem é assumir funções de responsabilidade, não permanecendo numa atmosfera onde tudo se perdoa, como reconhecimento de uma inferioridade".<sup>2</sup>

Um dos caminhos que pode levar o deficiente a assumir suas funções e responsabilidade, é observado através da prática

---

<sup>1</sup> Sidney de Carvalho ROSADAS, Atividade física adaptada e jogos para o deficiente: Eu posso. Vocês duvidam?, p. 7.

<sup>2</sup> Vitor da FONSECA, Educação especial, p. 12.

de atividades esportivas, nem sempre explorada para este objetivo. A ausência da prática esportiva para a pessoa portadora de deficiência mental é significativa, pois, não havendo experiências com seu próprio corpo em movimento, posições no espaço, noções de direção, tempo e força, conseqüentemente há um déficit no desenvolvimento global do deficiente mental, causando a deterioração de suas capacidades física e orgânica, além de não promover a cooperação e participação entre o grupo, portanto não cria condições que favoreçam sua integração na família e sociedade.

Contudo, quando se fala em executar determinada prática esportiva, logo se pensa em local e material apropriado para esta prática, ou seja, a existência de, no mínimo, uma quadra e uma bola. Isso não corresponde à realidade. Não havendo nem local e nem material, dificilmente pode-se chegar aos objetivos da educação física. O alvo de toda essa defasagem são os deficientes que são privados por não terem tido oportunidades para o seu desenvolvimento motor, cognitivo e social e por sofrerem a falta de uma prática esportiva.

Com isto, o profissional de educação física que atua nesta área, na tentativa de ensinar, busca alternativas extra-escola para que ocorra esse aprendizado. Esta situação tem levado alguns professores de educação física que trabalham com a pessoa portadora de deficiência, a criarem situações próprias de ensino, uma vez que reconhecem a importância da atividade esportiva para estes alunos.

Neste sentido, esta monografia coloca para estudo a

discussão de duas questões: 1º) a validade da prática esportiva para a pessoa portadora de deficiência mental e 2º) a escolha da prática do handebol como um meio de se realizar atividades físicas e recreativas.

A escolha do handebol para a pessoa portadora de deficiência mental foi considerada, sob os pontos de vista informativo e educativo, principalmente pelas características de "sua terminalidade mais simples e clara, uma vez que ao invés de cestas altas e diâmetro pequeno, dificultando a marcação de pontos, no handebol temos balizas relativamente grandes, colocadas no mesmo plano dos jogadores, facilitando enormemente a marcação de pontos"<sup>3</sup>, as regras e a movimentação dos atletas na quadra, são fatores que contribuem para a prática desse esporte, pela sua simplicidade.

Sendo assim, procurou-se através do tema: "A prática esportiva do handebol para a pessoa portadora de deficiência mental, oferecer condições para desenvolverem suas potencialidades e detectar possíveis benefícios desta prática. Portanto, o objetivo deste trabalho consistiu em propor o aprendizado do handebol, como iniciação da prática esportiva para a pessoa portadora de deficiência mental, na faixa etária de 12 a 18 anos, comparando as possíveis alterações no desenvolvimento motor, cognitivo e social, advindas desta prática esportiva.

Posto em prática, considerou-se como hipótese para este

---

<sup>3</sup> Jorge Tadeu JUNCKEN, Sérgio Coelho de OLIVEIRA, Simone Teresa Mitidieri MALTA, O esporte na vida do deficiente mental, p. 79.

estudo, que o handebol pode suprir a defasagem motora advinda da falta da atividade física e atender aos interesses que a pessoa portadora de deficiência mental apresenta pela prática esportiva.

No sentido de direcionar as questões em torno do tema, foi dado ênfase aos seguintes objetivos específicos:

- 1- Desenvolver a capacidade física da pessoa portadora de deficiência mental a partir da identificação de suas potencialidades iniciais e do aproveitamento máximo de suas faculdades e aptidões.
- 2- Desenvolver a auto-suficiência e o espírito de cooperação e participação da pessoa portadora de deficiência mental através de atividades específicas do handebol.
- 3- Possibilitar a prática esportiva organizada metodologicamente de acordo com as condições físicas e cognitivas do grupo.
- 4- Avaliar as possíveis alterações físicas, cognitivas e sociais após a prática do handebol.

#### JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Iniciamos esse trabalho como profissional de educação física na APAE/Campinas em agosto/90, verificando na escola a não existência de local, material e recursos humanos disponíveis para a atividade física. Havia somente um gramado para a realização das mesmas.

No decorrer das aulas para 16 adolescentes, nos foi solicitado a realização de um jogo, criado por um professor de educação física, o nosso antecessor, o qual nós desconhecíamos.

Como a motivação dos alunos pela prática deste jogo era muito evidente, permitimos a realização do mesmo e pudemos observar, enquanto eles jogavam, as capacidades e potencialidades de cada elemento do grupo e o quanto esses alunos estavam prejudicados pela falta de recursos apropriados.

A partir daí, e observando o interesse destes alunos pela prática desta atividade desconhecida, fizemos um proposta à direção da escola e às professoras de sala, para que fosse feita a iniciação de uma prática esportiva fora da escola, onde houvesse uma quadra e bolas.

A proposta foi aceita e, com observações feitas pelo grupo, optou-se pela iniciação da prática do handebol, porque o mesmo oferece algumas possibilidades de execução aos iniciantes, além de apresentar atividades naturais.

Pela relevância e particularidade dos problemas que envolvem a pessoa portadora de deficiência mental e pela importância da descrição do fenômeno observado, este estudo se caracteriza como uma pesquisa qualitativa. "A pesquisa qualitativa ou naturalista, segundo BODGAM E BIKLEN (1982) envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes."<sup>4</sup> Trata-se de um estudo com contornos definidos, onde procuramos relatar a multiplicidade das dimensões

-----  
4 Menga LUDKE, Marli E. D. A. ANDRÉ, A pesquisa em educação: abordagens qualitativas, p. 13.

presentes na situação estudada, focalizando-a como um todo. Nesse caso, ao revelar os procedimentos técnicos ao ensino do handebol para o deficiente mental, abordaremos o local onde foram desenvolvidas as atividades, a dinâmica da aula, o conteúdo utilizado, a equipe técnica e as características dos alunos, com todos os elementos que interagem para configurar a aquisição dos ensinamentos da prática do handebol. A observação assistemática das atividades desenvolvidas como instrumento de coleta de dados, tentou chegar "mais perto da perspectiva dos sujeitos, um importante alvo nas abordagens qualitativas".

Neste caso, consideramos mais especificamente a pesquisa "participante como observador, segundo Junker (1971), não oculta totalmente suas atividades, mas revela apenas por parte do que pretende. A preocupação é não deixar totalmente claro o que pretende, para não provocar muitas alterações no comportamento do grupo observado."<sup>5</sup>

A elaboração deste trabalho desenvolveu-se dentro do seguinte plano de abordagem:

O capítulo I aborda alguns estudos já realizados sobre a deficiência mental e a definição do handebol.

O capítulo II relata o universo da pesquisa, a metodologia aplicada, bem como a população estudada.

As conclusões apresentam os principais pontos abordados neste trabalho, como também a validade da iniciação da prática esportiva de handebol para a pessoa portadora de deficiência mental.

---

<sup>5</sup> Menga LUDKE, Marli E. D. A. ANDRÉ, op. cit., p. 29

## O DEFICIENTE MENTAL E A PRÁTICA ESPECÍFICA DO HANDEBOL

Este capítulo visa contribuir com aqueles que realmente tem interesse em propor atividade esportiva às pessoas portadoras de deficiências mentais, destacando dois momentos: o contexto do deficiente mental e a importância do jogo de handebol para a pessoa portadora de deficiência mental.

Antes de se falar da prática de handebol para a pessoa portadora de deficiência mental, torna-se necessário compreender alguns termos, a partir de definições sobre o deficiente mental no sentido de auxiliar o profissional que pretende atuar nesta área de ensino.

### 1.1 CONCEITO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Segundo a Associação Americana para a Deficiência Mental (AADM), "o retardamento mental se refere ao funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, que existe concomitantemente com déficits no comportamento adaptativo e se

manifesta durante o período de desenvolvimento (Grossman, 1973)".<sup>1</sup>

Partindo dessa definição, é necessário compreendermos que no comportamento adaptativo "independentemente da extensão do dano neurológico ou dos déficits na esfera intelectual, nenhuma pessoa pode ser considerada mentalmente retardada ou deficiente mental, a menos que sua competência pessoal e sócio-econômica seja significativamente inferior à maioria de seus pares".<sup>2</sup>

Sendo assim "não se considera mais a deficiência num estado irreversível, mas apenas um estado atual do indivíduo. Mesmo dando realce à adaptação, a definição vê a deficiência a partir do próprio indivíduo e não do grupo social".<sup>3</sup>

Torrance fez, em 1965, um relato sobre experiências vivenciadas; disse ele: "Provas indicam que a privação de experiências provoca uma diferença de grau nos diversos tipos de crescimento. Quanto mais sérias teriam sido as privações de experiências, tanto mais diminuto o grau de desenvolvimento. E acrescenta: recentes descobrimentos acerca da mente e da personalidade humana e seu funcionamento têm contribuído para o aparecimento de um novo e audaz conceito de possibilidades intelectuais superiores. Este conceito se apoia mais na importância da potencialidade do que em normas e medidas isoladas das aptidões".<sup>4</sup> "Esta nova visão do problema evita que apoiemo-

1 Ver, Grossman, apud, Charles W. TELFORD, James M. SAWEREY, in O indivíduo excepcional, p. 298.

2 Charles W. TELFORD, James M. SAWEREY, op. cit., p. 302.

3 Darcy RAIÇA, Maria Tereza Baptista de OLIVEIRA, A educação especial do deficiente mental, p. 14.

4 Ver, Torrance, apud, Sidney Carvalho ROSADAS, in Educação física especial para deficientes, p. 25 e 26.

nos em conceitos de um tipo único de dotes e de inteligência fixa e das crenças de um desenvolvimento predeterminado."<sup>5</sup>

Para Rosadas, "o cérebro ainda é um órgão desconhecido do homem, o que inviabiliza prognósticos apoiados casuisticamente em teorias ou modelos preestabelecidos. Segundo o autor, nesses casos, devemos nos apoiar em qualquer modelo ou estratégia que que tenha como finalidade única e real a habilitação dessas pessoas, não descartando nunca a colaboração da família e da comunidade, a mudança no meio ambiente, quando necessário, e o conhecimento das características individuais deles".<sup>6</sup>

Sendo assim, há uma "variedade na sua etiologia, podendo ser subdividida da seguinte maneira, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 1986:

- I- Fatores que atuam antes da concepção: Genéticos (um gene único, vários genes, fatores cromossômicos).
- II- Fatores Pré-natais: Infecções (viroses, parasitoses); fatores químicos; fatores nutricionais; fatores físicos; fatores imunológicos (incompatibilidade de grupo sanguíneo); transtornos endocrinológicos maternos; alterações placentárias; hipoxia intra-uterina.
- III- Fatores Perinatais: Anoxia; traumatismo obstétrico; prematuridade; infecções.
- IV- Fatores Pós-natais: Infecções; traumatismos, fatores químicos; fatores nutricionais; privações diversas

5 Sidney Carvalho ROSADAS, op. cit., p. 26

6 Ver, Sidney de Carvalho ROSADAS, in Atividade física adaptada e jogos esportivos para o deficiente: Eu posso. Vocês duvidam? p. 8.

(sensoriais, familiares, sociais, etc.).

V- Causas desconhecidas.<sup>7</sup>

Entretanto "sua classificação é também ampla, uma vez que a deficiência mental não corresponde a uma ruptura no desenvolvimento intelectual do indivíduo, estabelecendo assim um conceito de patologia."<sup>8</sup>

O indivíduo é classificado como deficiente através de testes padronizados para a medida do Quociente de Inteligência (QI). Os mais utilizados são Stanfor-Binet e Escala Wechsler de Inteligência, sendo sua denominação como: leve, com QI aproximado de 52 à 68; moderado, com QI aproximado de 36 à 51; severo, com QI aproximado de 20 à 35 e profundo, com QI aproximado abaixo de 19. "Esse critério, infelizmente, é ainda muito valorizado, o que se pode observar nas várias definições de deficiência mental encontradas na literatura pertinente".<sup>9</sup>

Temos, além do QI, uma denominação no grau da deficiência mental nos termos educacionais, segundo a AAMD, que são: os Deficientes Mentais Educáveis, onde se enquadram os Deficientes Mentais Leves; Deficientes Mentais Treináveis, onde estão enquadrados os moderados, graves/profundos.

O Deficiente Mental Educável, quanto à sua etiologia é "predominantemente considerada uma combinação do fator genético, com más condições econômicas e sociais. A prevalência aproximadamente é de 10 em cada 1000 pessoas. Quanto às

7 Ver, Francisco Baptista ASSUMÇÃO JR, Maria Helena SPROVIERI, in Introdução ao estudo da deficiência mental, p. 16 e 17.

8 Ibid., p. 17.

9 Darcy RAIÇA, Maria Tereza Baptista de OLIVEIRA, op. cit., p. 13.

expectativas educacionais, o deficiente mental educável terá dificuldades no programa escolar normal, para uma educação adequada. Quanto as expectativas para a vida adulta, com treinamento, pode se adaptar produtivamente a nível qualificado ou não-qualificado".<sup>10</sup>

O Deficiente Mental Treinável, apresenta "grande variedade de problemas ou distúrbios neurológicos, glandulares ou metabólicos, que podem resultar em retardo grave/profundo ou moderado. A prevalência é de 2 a 3 em cada 1000 pessoas. Quanto às expectativas educacionais, necessita maiores adaptações nos programas educacionais; foco em cuidar de si mesmo ou nas habilidades sociais; esforço limitado nas matérias tradicionais. Quanto às expectativas para a vida adulta, pode se adaptar social e economicamente em oficinas especiais ou, em alguns casos, em tarefas rotineiras, sem supervisão".<sup>11</sup>

O Deficiente Mental Profundo, "a prevalência é de 1 a cada 1000 pessoas. Quanto às expectativas educacionais, necessitará de treinamento para cuidar de si mesmo (alimentação, vestuário, toailete). Suas expectativas para a vida adulta: sempre precisará de assistência".<sup>12</sup>

A classificação e distribuição da deficiência mental ao QI e uso educacional, segundo a AAMD, pode ser observado no quadro abaixo:

---

<sup>10</sup> Samuel A. KIRK, James J. GALLEGHER, Educação da criança especial, p. 124.

<sup>11</sup> Ibid., p. 124.

<sup>12</sup> Ibid., p. 124.

DENOMINAÇÃO	QI	USO EDUCACIONAL
Leve	52 - 68	Educável
Moderado	36 - 51	Treinável
Severo/Grave	19 - 35	Treinável para profundo
Profundo	abaixo de 19	Profundo

Dentro desta classificação, o grupo envolvido em nosso estudo, foi considerado como deficientes mentais treináveis, pois esta é a clientela assistida pela APAE. Este grupo apresenta uma etiologia variada, sendo composto por: anoxia, epilepsia, hidrocefalia, kernicterus, paralisia cerebral (PC) espástica, prematuridade e terogenicidade. Alguns apresentam um quadro de cardiopatia congênita e hipertensão.

Para que haja uma melhor compreensão das etiologias acima mencionadas, promoveremos a seguir uma descrição sucinta de cada uma delas.

Anoxia, "refere-se a uma redução no nível de oxigênio abaixo das necessidades fisiológicas do bebê. Durante o processo de parto, a anoxia pode ocorrer quando a placenta se desprende cedo demais, quando o cordão umbilical forma um nó, quando a criança aspira líquido amniótico em excesso, ou quando a criança, por qualquer razão, não respira por algum tempo depois do parto. (Gottried, 1973)".<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Gottried, apud, Charles W. TELFORD, James M. SAWEREY, op. cit., p. 337.

Epilepsia, "é definida a partir de crises convulsivas de repetição. Várias causas poderiam ser relacionadas como capazes de originar uma convulsão, e aqui iremos nos ater às crises convulsivas em que o fator etiológico não está definido, o que muitos autores denominam de epilepsia idiopática ou primária."<sup>14</sup>

Hidrocefalia, "popularmente conhecida como cabeça-d'água, produzida pela pressão excessiva exercida entre o cérebro e o crânio pelo líquido cerebrosinal, que tenderá a aumentar a tensão endocraniana."<sup>15</sup>

Kernicterus, "lesão do sistema nervoso central. Nos neonatos ictericos, a bilirrubina não-conjugada parece ser particularmente tóxica para o tecido cerebral".<sup>16</sup>

Paralisia cerebral, definida como "um distúrbio do movimento e da postura, persistente mas não invariável, aparecendo nos primeiros anos de vida, devido a distúrbio não progressivo do cérebro, conseqüentemente a interferência no seu desenvolvimento".<sup>17</sup> Na forma espástica "há aumento de tônus e fraqueza muscular do tipo neurônio motor superior, com aumento dos reflexos de estiramento".<sup>18</sup>

Prematuridade, "o feto prematuro, frágil e ainda não pronto para nascer, expulso através de um canal obstétrico fisiologicamente despreparado e não relaxado, é altamente

-----  
14 Francisco Baptista ASSUMPCÃO JR, Maria Helena SPROVIERI, op. cit., p. 50.

15 Sidney de Carvalho ROSADAS, Atividade física adaptada e jogos esportivos para o deficiente: Eu posso. Vocês duvidam? p. 17.

16 Ramzi S. COTRAN, Vincy KUMAR, Stanley L. ROBBINS, Patologia estrutural e funcional, p. 436.

17 Francisco Baptista ASSUMPCÃO JR, Maria Helena SPROVIERI, op. cit., p. 46 e 47.

18 Ibid., p. 47.

vulnerável a danos anóxicos e mecânicos, suficientemente graves para produzir uma elevada incidência de retardamento mental (Wright, 1972)".<sup>19</sup>

Terogenicidade, é quando a gestante faz uso de drogas, como a maconha, heroína, LSD, (ácido lisérgico), etc. "A baixa incidência de anormalidades, quando ocorrem, e a possibilidade de que alguns problemas possam não se tornar aparentes senão mais tardiamente, torna difícil interpretar os relatos negativos acerca da terogenicidade da droga".<sup>20</sup>

Cardiopatía congênita, "é definida como uma anormalidade do coração, presente desde o nascimento. As anormalidades mais graves podem ser compatíveis com a sobrevivência intra-uterina. Quando elas permitem o nascimento com vida, podem produzir manifestações logo depois, juntamente com a alteração dos padrões circulatórios fetal e pós-natal".<sup>21</sup>

Hipertensão, "elevação da pressão arterial, é um enorme problema de saúde por três razões: é muito comum, os seus efeitos algumas vezes são devastadores e ela permanece assintomática até bem tarde na sua evolução. É identificada como o mais importante risco isolado, tanto de cardiopatía coronária, quanto de acidentes vasculares cerebrais; ela também pode levar diretamente a insuficiência cardíaca congestiva (cardiopatía hipertensiva) e à insuficiência renal crônica".<sup>22</sup>

19 Wright, apud, Charles W. TELFORD, James M. SAWEREY, op. cit., p. 336.

20 Vitor C. VAUGHAN, R. James McRAY JR, Richard E. BEHRMAN, Tratado de pediatria, p. 361.

21 Ramzi S. COTRAN, Vincy KUMAR, Stanley L. ROBBINS, op. cit., p. 507.

22 Ibid., p. 875.

## 1.2 DEFINIÇÃO DO HANDEBOL

A escolha do handebol como prática de atividades físicas pela pessoa portadora de deficiência mental, foi considerada em outros aspectos, pela facilidade de sua adaptação face às necessidades de nossos alunos.

Antes de numerarmos os procedimentos utilizados nesta adaptação, torna-se necessário revelar alguns dados históricos do handebol, para que o leitor compreenda nossos objetivos.

Em 1890, surgiu o Raffballspiel, criado pelo professor alemão Lonrad Koch. Era muito semelhante ao handebol atual, sem demarcação no campo e nas traves de gol.

Em 1892, apareceu o Hazena, criado pelo professor Kristof Antonio, na Tchecoslováquia, onde havia demarcações no campo, nas traves e na área de gol.

Em 1898, Holger Nielsen, professor dinamarquês, criou o Handbold na escola onde lecionava, tornando-se, mais tarde, muito popular na Dinamarca. Em 1915 iniciou na Alemanha o Torball, adaptado pelo Korbball.

"Em 1917, surgiu uma modificação no aperfeiçoamento do Handebol. O professor alemão "Karl Schelenz" com a colaboração de Max Heiser e Erich Konigs trabalharam na formação do handebol como o esporte competitivo".<sup>1</sup>

"Essa atividade se desenvolvia como complemento para homens e mulheres"<sup>2</sup> praticantes de outros esportes. "Sua

---

1 Ver, João Marin MECHIA, in Handebol da iniciação ao treinamento, p. 10.

popularidade cresceu em toda a Europa e se desenvolveu em todo mundo, com sua inclusão nos Jogos Olímpicos realizados em Berlim - 1936"<sup>3</sup>, como handebol de campo, com onze jogadores e as mesmas dimensões do campo de futebol.

Sabe-se que "o Handebol de Salão surgiu antes do Handebol de Campo, porém, sua prática ficou limitada aos países escandinavos, com regras próprias e foram internacionalizadas e unificadas no Congresso que a Federação Internacional celebrou em 1934, em Estocolmo, iniciando assim o movimento internacional, único no Handebol de Salão"<sup>4</sup>, que é jogado atualmente.

Depois da Segunda Guerra Mundial, novas e velhas nações foram se voltando a esta modalidade com sete jogadores"<sup>5</sup>.

Quanto ao desenvolvimento do handebol no Brasil, sabemos que o mesmo "surgiu inicialmente na especialidade de Campo, através de clubes, cujos fundadores eram estrangeiros radicados no Brasil, de origem israelita e alemã, em 1930/1932"<sup>6</sup>.

"O handebol de salão teve início entre 1950/1952. Sua maior evolução, até a presente data, pertence a São Paulo, primeiro estado brasileiro a fundar a Federação desta modalidade. De 1969 para cá, após a instituição dos Jogos Estudantis Brasileiros, o Handebol começou a acelerar seus primeiros passos, em termos de âmbito nacional"<sup>7</sup>.

O handebol é um esporte coletivo que se joga em uma

3 Pedro FERREIRA, Handebol de salão, p. 9.

4 Ibid., p. 10.

5 Ibid., p. 10.

6 Ibid., p. 22.

7 Ibid., p. 23.

quadra retangular de quarenta metros de comprimento por vinte metros de largura, com uma bola que é manejada somente com as mãos e com o objetivo de arremessá-la em um arco de três metros de largura por dois metros de altura, o qual está defendido por um jogador (goleiro)".<sup>8</sup> A duração do jogo é de trinta minutos cada, separados por um intervalo de dez minutos, com um número total de doze jogadores, com sete na quadra e cinco na reserva. A bola pode ser passada, driblada em qualquer direção e arremessada com as mãos, obedecendo instruções dispostas nas regras de jogo. O principal objetivo de cada equipe de handebol é o de procurar evitar e conquistar o maior número possível de gols. A bola é com câmara de borracha e invólucro de couro. O controle da partida é feito por dois juizes, um central e um de gol, há um cronometrista e um secretário.

A cada dia se valoriza mais a prática esportiva e o interesse pelo desenvolvimento dos métodos de ensino para principiantes. Esse constante crescimento, faz com que as pessoas busquem novas alternativas de lazer, utilizando a prática esportiva como meio de educação e socialização.

Existem diversas modalidades esportivas, entre elas foi escolhido o handebol para iniciação como prática esportiva para pessoa portadora de deficiência mental, não por acaso, mas por observar que o mesmo poderia atender aos interesses do grupo estudado, posto que, até o momento, o mesmo não tinha nenhuma atividade esportiva e estava sendo prejudicado por não executá-la.

-----  
<sup>8</sup> Pedro FERREIRA, Handebol de salão, p. 11.

Com esses prejuízos decorridos na falta da mesma, pensou-se no handebol por que é, "entre os esportes coletivos, o mais fácil e o mais benéfico de todos eles. O mais fácil porque não oferece qualquer dificuldade na execução dos seus movimentos; pela rapidez com que é compreendido pelo iniciante; pode ser jogado de improviso; desperta maior atenção entre os garotos dada a facilidade de executar as mais variadas formas de lances e jogadas".<sup>9</sup>

Finalmente, "por sua terminalidade mais simples e clara, uma vez que ao invés de cestas altas e de diâmetro pequeno, que dificultam a marcação de pontos, no handebol temos balizas relativamente grandes, colocadas no mesmo plano dos jogadores, facilitando enormemente a marcação de pontos. As regras e a movimentação dos atletas na quadra, também facilitam a prática".<sup>10</sup>

Vale dizer ainda que, "sob os pontos de vista formativo e educativo, o handebol é apreciado por ambos os sexos, por suas qualidades excepcionais, porque desenvolve simultaneamente: resistência, habilidade, coordenação, velocidade, força e coragem. É um desporto que reúne as três bases atléticas naturais: correr, saltar e arremessar"<sup>11</sup>; por não exigir local e materiais de custos elevados e por promover sua integração na família e sociedade.

9 Ver, João Marin MECCHIA, in op. cit., p. 9.

10 Ver, Jorge Tadeu JUNCKEN, Sérgio Coelho de OLIVEIRA, Simone Teresa Mitidieri MALTA, in O esporte na vida do deficiente mental, p. 79.

11 Edson BRUN, Handebol, p. 9.

## ADAPTAÇÃO DA PRÁTICA DO HANDEBOL FACE ÀS NECESSIDADES DO DEFICIENTE MENTAL

### 2.1 POPULAÇÃO ESTUDADA

O grupo da iniciação da prática esportiva do handebol é formado por deficientes mentais treináveis, amparados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, situada a Rua Francisco Bueno Lacerda, nº 120, Parque Itália, na cidade de Campinas, São Paulo.

O grupo foi composto por duas salas de aula com 8 alunos cada, perfazendo um total de 16 alunos, que faziam atividades físicas separadamente. Às vezes, juntavam-se as salas para essa prática. Foi proposto um horário de educação física fixo para que as salas pudessem atuar juntas uma vez por semana, com duração de 2 horas. O grupo era composto por adolescentes, sendo 6 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 18 anos, havendo uma certa heterogeneidade no diagnóstico médico.

Quanto ao diagnóstico médico, detectou-se neste grupo, cinco adolescentes com anoxia neonatal grave, sendo que um deles,

apresentava também, um quadro de hipertensão. Um adolescente com epilepsia, um com hidrocefalia, um com kernicterus, outro com paralisia cerebral espástica, dois com prematuridade extrema dos quais um apresentou também um quadro de anoxia neonatal grave e um com terogenicidade. Finalmente, quatro adolescentes apresentavam causas desconhecidas, dentre eles, um com quadro de cardiopatia congênita e dois sendo filhos adotivos.

## 2.2 AMBIENTE PESQUISADO E EQUIPE DE APOIO

Pela falta de espaço físico adequado, materiais esportivos e monitores na APAE, iniciou-se uma pesquisa em localidade próxima, escolhendo-se o Ginásio Municipal José J. R. Rogê Ferreira, situado na Av. João Batista Morato do Canto, s/nº, São Bernardo.

O ginásio conta com uma quadra poliesportiva coberta, um banheiro masculino, um banheiro feminino, arquibancadas e um telefone. Forneceu cerca de 25 bolas de borracha nº 10, sendo o único material disponível para essa prática.

A localização do ginásio, era de difícil acesso, por ter avenidas com tráfego intenso e constante, sem semáforos para a travessia e ainda por ser um pouco distante para um dos elementos do grupo que apresenta dificuldades na marcha. Optou-se, então, pelo Ônibus circular como meio de transporte e também para associar a proposta de um trabalho de independência pessoal do grupo.

Para que pudesse ser feito todo o trabalho de remoção do

grupo para as atividades, o profissional de educação física precisava de monitores para auxiliá-lo e a escola não podia oferecer. Neste caso foi elaborada uma proposta interdisciplinar, incluindo as pedagogas de sala de aula, para que auxiliassem na remoção do grupo com a finalidade de trabalhar a atividade de vida prática (AVP), que tem por "objetivo proporcionar ao indivíduo portador de algum tipo de deficiência, uma vida menos dependente e estimulá-lo a alcançar o nível máximo de independência tanto nas atividades relacionadas aos cuidados consigo mesmo como também de sua vida doméstica e social"<sup>1</sup>

Durante as atividades, houve, por parte das professoras, um interesse pela prática do handebol. Elas se envolveram e participaram no aprendizado dos alunos, auxiliando também na arbitragem, no domínio das técnicas mais específicas, motivando-os para a execução dos movimentos solicitados. Enfim, todo o processo de aprendizagem do grupo, contou com a colaboração desses profissionais, extrapolando a proposta inicial, o A.V.P.

Além da atividade física e da AVP no grupo pesquisado, também deu-se importância a uma avaliação médica, antes das atividades, a qual foi feita pela pediatra da escola, pois "na maioria das vezes, o deficiente mental apresenta um desenvolvimento motor atrasado em relação à criança normal, uma capacidade respiratória diminuída, problemas cardíacos (diversos tipos de cardiopatias congênitas), a musculatura apresenta alterações no tônus (flacidez ou rigidez), uma formação corporal

-----  
1 Jorge Augusto Ortiz FINGER, Terapia ocupacional, p. 91.

deficitária, crises convulsivas e muitos outros problemas."<sup>2</sup> A não orientação médica e a falta de exames regulares para acompanhar e diagnosticar as possibilidades e o desenvolvimento, poderão trazer grandes riscos ao deficiente.

Com a avaliação feita levantou-se dois casos: o primeiro apresentou cardiopatia congênita. Embora faça tratamento, desde que nasceu. Decidiu-se que ele iria passar pelo cardiopata a fim de verificar se estaria apto para a atividade. O segundo caso diagnosticado, na avaliação, foi a hipertensão aos 13 anos. Como não havia tratamento prévio, foi indicada uma série de exames, sendo, posteriormente medicado e os pais orientados em relação ao problema. Chegou-se à conclusão de que não se deveria submeter o aluno hipertenso a uma atividade intensa, poupando-o até normalizar a situação, com exames periódicos.

Destacamos aqui a importância de um trabalho interdisciplinar dos profissionais que atuam diretamente com o deficiente mental para que haja melhor aquisição das atividades propostas.

### 2.3 TÉCNICA UTILIZADA NA PRÁTICA DO HANDEBOL

Antes de se falar da técnica específica escolhida por este estudo, vale ressaltar alguns dados referentes à prática de atividades físicas oferecidas aos deficientes mentais da referida instituição, posto que, foi a partir desta prática que iniciamos

---

<sup>2</sup> Jorge Tadeu JUNCKEN, Sérgio Coelho de OLIVEIRA, Simone Tereza Mitidieri MALTA, O esporte na vida do deficiente mental, p. 18.

os procedimentos e as adaptações do handebol proposto por esta monografia.

O grupo de deficientes mentais pesquisado praticava uma atividade física na APAE, da seguinte forma: haviam dois tijolos, um de cada lado do gramado, sem delimitações, com uma bola de plástico comum e com um número de oito integrantes em cada equipe.

A atividade era iniciada no centro do gramado e os alunos faziam passes sem andar com a bola, sendo que a finalização da jogada consistia em colocar a bola sobre o tijolo. Com isto marcava-se um ponto. Como essa era a única regra existente, havia agressões físicas durante a atividade. Neste caso, houve a necessidade de incluir regras específicas, do handebol, em relação à "conduta para com o adversário não sendo permitido, por exemplo: arrancar a bola do adversário com uma ou duas mãos, assim como, bater na bola que ele tenha em suas mãos; segurar o adversário; abraçá-lo com um ou dois braços ou empurrá-lo; lançar-se sobre o adversário, correndo ou saltando, passar-lhe a perna, atirar-se diante dele ou agir de qualquer outra maneira perigosa."<sup>1</sup>

Caso ocorressem as infrações acima mencionadas, o time que as cometiam, perdia a posse de bola para o adversário.

Outra observação feita foi que os alunos adversários, não estando de posse da bola, ficavam todos ao redor do tijolo, a fim de bloquear a passagem do adversário. Como o tijolo é muito pequeno, ficavam todos aglomerados ao redor do mesmo, por isso

-----  
<sup>1</sup> Brasil, Secretaria de Educação Física e Desportos. Handebol: regras internacionais, p. 25.

foi necessária a substituição dos tijolos por caixas de papelão e a adoção de regras como: a não permanência na caixa, caso acontecesse, perdia-se a posse de bola para o adversário e a marcação individual, ou seja, sempre que sua equipe perder a posse de bola, imediatamente, deve procurar alguém do time adversário para marcar, a fim de retomar a posse de bola.

Foi observado que alguns alunos, imediatamente após a explicação, escolheram livremente seus adversários e outros sentiram dificuldades na iniciativa para marcar, mas com o decorrer do jogo, foram fazendo as marcações, embora lentamente.

Todas as regras foram colocadas gradativamente e partindo das necessidades encontradas durante a atividade. Houve, por parte da professora, uma explicação das mesmas seguida de demonstração e depois durante a atividade propriamente dita, fazendo com que houvesse do grupo uma compreensão. Quando isso não ocorria, parava-se a atividade e a professora retomava a explicação do que havia acontecido. Houve a necessidade de parar outras vezes o jogo mas a professora deixava que os próprios deficientes ajudassem o amigo, explicando o que tinha acontecido, fazendo com que o grupo crescesse junto e respeitasse uns aos outros, principalmente quando aplicadas as regras.

Partindo das colocações e execuções das regras, foi feito um jogo contra a Escola para Deficientes Mentais, Instituto de Pedagogia Terapêutica "Prof. Norberto de Souza Pinto", durante o qual houve uma grande participação e interesse dos deficientes. Esse fato vem reafirmar a preocupação da professora em relação à necessidade dos deficientes mentais praticarem algum tipo de

esporte.

Após a atividade física, em "forma de jogo", previamente descrita, houve uma explicação detalhada desta modalidade esportiva, o handebol, praticada empiricamente pelos deficientes mentais.

A partir disso, houve o conhecimento da quadra, pois nem isso os alunos tinham. Passou-se então a uma observação por parte dos deficientes mentais da quadra, com o conhecimento do gol, área do gol, linhas laterais e meio-campo. O conhecimento se concretizou com um desenho expositivo no quadro-negro da escola, feito pelo aluno Adriano. Os outros participaram, auxiliando-o no desenho, incluindo uma explicação dada pela professora do significado de cada linha da quadra.

Com essas explicações, passou-se para a prática em quadra, com as delimitações e cobranças feitas, quando necessário, em cima do jogo que vinha acontecendo, acrescentando somente o goleiro.

A partir disso foram explicadas as regras do handebol, que são as mesmas da Federação Internacional de Handebol (FIH), com demonstrações, auxílio do quadro-negro e aulas práticas. Cabe aqui ressaltar que as regras foram passadas gradativamente.

Para tanto foram necessárias adaptações em algumas regras, pois foram observadas dificuldades na execução, devido à não experimentação e vivência.

Algumas dessas regras foram: quicar a bola, associar os três passos em movimento, o tempo de permanência com a bola na mão e a redução do tempo de jogo; sendo necessário adaptá-las.

Quanto ao quicar a bola, não seria preciso que o aluno a quicasse; caso o mesmo, no decorrer das atividades, viesse a adquiri-lo, então aplicar-se-ia a regra; mas para o grupo foi difícil o aprendizado desse exercício com a bola. Quanto aos três passos, para fazer o passe ou arremessar, para o grupo foi, também, difícil associá-los em movimento, sendo necessário adaptá-lo. Aumentou-se portanto, o número para cinco passos, seguidos do passe e do arremesso direto para o amigo de equipe. Entretanto, o grupo adaptou-se melhor em fazer apenas passes e arremessos diretos para o amigo de equipe. Em relação ao tempo de permanência com a bola na mão, ao invés de três segundos, passou-se para cinco segundos. E a redução no tempo de jogo de trinta minutos para quinze minutos e foi mantido o intervalo de dez minutos.

Além das regras, houve também uma preocupação quanto à disposição dos alunos na quadra, em como distribuí-los de acordo com suas habilidades e semelhanças (vagarosos, rápidos) e outros problemas afins. Com isso, os mais vagarosos foram colocados na defesa cobrindo meia quadra e os mais rápidos no ataque, cobrindo a quadra toda. As posições de goleiro foram ocupadas por um aluno que apresentava hipertensão, em tratamento, e outro com paralisia cerebral espástica, sendo que este último necessitou de adaptações de joelheiras e cotoveleiras.

Por outro lado, foi feito um trabalho com os alunos, para aprimorar as habilidades técnicas de recepção, passe e arremesso. Com os goleiros, foi aplicado um aperfeiçoamento específico para essa posição. Havia sempre a preocupação com a explicação de uma

técnica por vez, e quando necessário, retomava-se e dava-se continuidade da mesma técnica, passando-se em seguida para outra, neste caso fez-se um trabalho associado com marcação individual.

Esta marcação, bem como outros elementos técnicos do jogo propriamente dito, foram observados dentro o processo de aprendizagem e ainda, durante a participação nos III Jogos Interescolares para Pessoas Portadoras de Deficiências realizada em outubro/91, na Unicamp. Com isso, o grupo foi dividido em duas equipes devido à sua idade, sendo a categoria "A" de doze a quinze anos e categoria "B" de dezesseis a dezoito anos. Houve uma preocupação por parte da professora, pois os alunos estavam iniciando e não tinham até então participado de jogos. Apesar disso, foi explicado que a participação no jogo era mais importante que a vitória.

Contudo, vale ressaltar que apesar das dificuldades apresentadas durante o jogo, por estarem iniciando a prática desse esporte, foi interessante a participação neste campeonato, porque o grupo pode avaliar o desempenho da equipe e fazer uma auto-avaliação.

Partindo-se dessas atividades, ficaram evidentes a necessidade de um sistema de defesa mais seguro e a importância do grupo em assistir um jogo de handebol. Então, foram mostrados, através de vídeo, dois jogos de handebol: um do campeonato brasileiro de 1989, Sadia X Perdigão, e outro, USP X TAP.

O sistema de defesa utilizado na prática de handebol pelos alunos foi 6x0, por ser "o mais simples sistema de defesa, sendo inclusive a base de todos os outros sistemas. Os seis

jogadores colocam-se na linha de seis metros, deslocando-se de acordo com a trajetória da bola, à direita ou à esquerda. Estas movimentações à lateral associam-se aos deslocamentos para frente até a linha dos seis metros, acompanhando a trajetória da bola, em diagonal. Os jogadores devem permanecer na posição de guarda, com os braços levantados".<sup>2</sup>

Contudo, o sistema de defesa 6x0 tornou-se de fácil execução e compreensão, pelo fato do grupo ter vivenciado a marcação individual e ter feito o trabalho das habilidades técnicas. Esse sistema de defesa foi para o grupo, de grande importância, pois houve uma maior participação e execução de cada elemento no jogo.

Durante todo o processo de aprendizagem do handebol, houve, para doze elementos, um aprendizado de forma homogênea, não encontrando muitas dificuldades durante as explicações e mesmo nas execuções. Para quatro elementos do grupo, entretanto, o aprendizado se deu de forma mais lenta, um por apresentar dificuldades motoras, e três por dificuldades na compreensão e conseqüentemente implicando na sua execução. Houve dois elementos, que se destacaram dentro do grupo pesquisado durante o processo e no jogo propriamente dito: um por não apresentar atenção e concentração nas atividades físicas anteriores e em sala de aula, quando iniciou o aprendizado e no decorrer do mesmo apresentou um nível muito grande de atenção e concentração fazendo com que o aprendizado e a execução fossem muito rápidos,

-----  
<sup>2</sup> João Marin MECHIA, Handebol da iniciação ao treinamento, p. 55.

nos surpreendendo. Ficava voltado inteiramente para o jogo. O outro, por apresentar paralisia cerebral espástica, jogou na posição de goleiro e também nos surpreendeu. Embora apresentasse problemas físicos, houve uma aprendizagem enorme e fácil. Principalmente na execução, foi demonstrada uma agilidade que foi sendo aprimorada com o decorrer das atividades. A sua vontade de participação e de colaboração para com os companheiros era muito grande, conseqüentemente, seu esforço foi total.

Diante desse aprendizado, destacamos as vantagens que o handebol trouxe para os deficientes mentais, como: respostas motoras, cognitivas e sociais que foram significativas. Quanto às motoras foram observadas melhoras na coordenação, noção espaço/tempo, atenção e concentração, direção, velocidade, agilidade, força, bem como na sua capacidade física e orgânica. Quanto ao aspecto cognitivo, houve compreensão das regras, algumas das quais foram adaptadas, devido a não vivência e experimentação dos alunos, o que dificultava a execução das mesmas. Houve por parte dos participantes um maior questionamento sobre as atividades, estruturação na elaboração das perguntas e respostas. Em relação ao aspecto social, houve cooperação e participação total do grupo, além do respeito para com os amigos e professores. Um amadurecimento no comportamento também foi observado contribuindo para a integração na escola e na comunidade.

## CONCLUSÕES

O propósito deste trabalho foi oferecer aos deficientes mentais condições para desenvolverem suas potencialidades e detectar possíveis benefícios através de uma iniciação da prática esportiva do handebol.

Diante dos resultados, julgamos poder concluir que:

Para que se concretize um aprendizado mais seguro e rápido é necessária a prática dessa atividade, no mínimo, duas vezes por semana, com duração de duas horas, pois acreditamos que assim se dará continuidade ao trabalho, não havendo quebras e retomada das atividades.

É de máxima importância que o professor tenha conhecimento da realidade particular do aluno, bem como suas possibilidades, para que possa elaborar um programa, adequado para um desenvolvimento harmônico, e a partir daí, fazer tantas modificações quantas forem necessárias, visando maior motivação e melhor entendimento das regras no esporte.

Dentro do processo de aprendizagem e principalmente após esse aprendizado, é necessária a realização de jogos entre outras

escolas, para que haja uma auto-avaliação e um maior equilíbrio emocional.

Esse processo contribui para a auto-suficiência, levando os deficientes a adquirirem uma maior independência e participação na comunidade.

Diante desse aprendizado, destacamos as vantagens que o handebol trouxe para os deficientes mentais, como: respostas motoras, cognitivas e sociais que foram significativas. Quanto às motoras foram observadas melhoras na coordenação, noção espaço/tempo, atenção e concentração, direção, velocidade, agilidade, força, bem como na sua capacidade física e orgânica. Quanto ao aspecto cognitivo, houve compreensão das regras, algumas das quais foram adaptadas, devido a não vivência e experimentação dos alunos, o que dificultava a execução das mesmas. Houve por parte dos participantes um maior questionamento sobre as atividades, estruturação na elaboração das perguntas e respostas. Em relação ao aspecto social, houve cooperação e participação total do grupo, além do respeito para com os amigos e professores. Um amadurecimento no comportamento também foi observado contribuindo para a integração na escola e na sociedade.

**BIBLIOGRAFIA**

- ASSUMPÇÃO JR, Francisco Baptista, SPROVIERI, Maria Helena. In-  
trodução ao estudo da deficiência mental. São Paulo: Memmon,  
1991. 204 p.
- BRASIL. Secretaria de Educação Física e Desportos. Handebol:  
regras internacionais. Brasília: MEC/SEED, 1983. 53 p.
- BRUN, Edson. Handebol. Sprint, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1,  
1982. p. 9.
- COTRAN, Ramzi S., KUMAR, Vincy, ROBBINS, Stanley L. Patologia  
estrutural e funcional. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara  
Koogan, 1991. 1231 p.
- FERREIRA, Pedro. Handebol de salão. São Paulo: Cia Brasil,  
s.d. 251 p.
- FINGER, Jorge Augusto Ortiz. Terapia Ocupacional. São Paulo:  
Savier, 1986. 262 p.
- FONSECA, Vitor da. Educação especial. Porto Alegre: Artes  
Médicas, 1987. 127 p.

- JUNCKEN, Jorge Tadeu, OLIVEIRA, Sérgio Coelho de, MALTA, Simone Teresa Mitidieri. O esporte na vida do deficiente mental. Rio de Janeiro: Rotary Club, 1987. 107 p.
- KIRK, Samuel A., GALLAGHER, James J. Educação da criança excepcional. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 503 p.
- LUDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 1986. 98 p.
- MECHIA, João Marin. Handebol: da iniciação ao treinamento. Curitiba: Itaipu, 1981. 103 p.
- RAIÇA, Darcy, OLIVEIRA, Maria Tereza Baptista de. A educação especial do deficiente mental. São paulo: E.P.U., 1990. 53 p.
- ROSADAS, Sidney de Carvalho. Atividade física adaptada e jogos esportivos para o deficiente: Eu posso. Vocês duvidam? Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. 297 p.
- Educação física especial para deficientes. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986. 229 p.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 16. ed. São Paulo: Cortez, 1990. 251 p.
- TELFORD, Charles W., SAWEREY, James M. O indivíduo excepcional. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. 658 p.

VAUGHAN, Victor C., McRAY JR, R.James, BEHRMAN, Richard E.  
Tratado de pediatria. 11. ed. Rio de Janeiro:  
Interamericana, 1983. 1088 p.