

SÍLVIA STEMMER PETRAIT

**O TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM ATIVIDADE
FÍSICA ADAPTADA E O PORTADOR DE ESCLEROSE
MÚLTIPLA: UM ESTUDO DE CASO**

Monografia apresentada como exigência parcial
para a obtenção do título de especialização em
educação física adaptada do Departamento de
Atividade Física Adaptada da Faculdade de
Educação Física da Universidade Estadual de
Campinas, sob orientação do prof. dr. Edison
Duarte

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
1996



SUMÁRIO

SÍLVIA STEMMER PETRAIT

Introdução	4
Capítulo I	
Esclerose Múltipla	6
Estudo do Caso Clínico	11
 O TRABALHO INTERDISCIPLINAR EM ATIVIDADE FÍSICA ADAPTADA E O PORTADOR DE ESCLEROSE MÚLTIPLA: UM ESTUDO DE CASO	
portadoras de deficiências	13
Levantamento histórico	15
Capítulo III	
Atividade motora	
portadoras de deficiências físicas	17
Capítulo IV	
Relatos	26
Conclusão	33
Bibliografia	35

Monografia apresentada como exigência parcial para a obtenção do título de especialização em educação física adaptada do Departamento de Atividade Física Adaptada da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, sob orientação do prof. dr. Edison Duarte

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

1996

SUMÁRIO

Introdução	4
Capítulo I	
Esclerose Múltipla	6
Estudo do Caso Clínico	11
Capítulo II	
Atividades físicas e esportes para pessoas portadoras de deficiências	13
Levantamento histórico	15
Capítulo III	
Atividade motora e iniciação esportiva para pessoas portadoras de deficiências físicas	17
Capítulo IV	
Relatos	26
Conclusão	33
Bibliografia	35

A princípio, atuando no projeto, iniciei um trabalho de certa forma isolado do grupo, mais particularizado, visando basicamente reabilitação e qualidade de vida a esta pessoa a mim destinada, já num segundo momento tentou-se reformar a convivência mais direta deste indivíduo, com o grupo buscando conciliar as ações da fisioterapia e educação física.

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa demonstrar a importância da ação conjunta de profissionais como o fisioterapeuta e o professor de educação física na elaboração e desenvolvimento das atividades motoras para pessoas portadoras de deficiência física, e discutir a validade da participação do indivíduo portador de esclerose múltipla no projeto de educação física e esportes para pessoas portadoras de deficiências desenvolvido pelo Departamento de Atividade Física Adaptada da Faculdade de Educação Física - FEF/UNICAMP.

No projeto em questão tem-se buscado atender as P.P.D.s no que se refere a propor atividades físicas que venham a resgatar suas potencialidades, adequando-se às suas limitações, contribuindo para sua realização pessoal, entre outros.

E., inserido neste grupo há aproximadamente 6 anos, já não conseguia acompanhar regularmente as atividades propostas. Dada esta dificuldade de participação do indivíduo no grupo, foi cogitada a possibilidade de exclusão; desconsiderada logo após, já que o ambiente social poderia ser preservado ainda que numa proposta de atividade mais individualizada.

A princípio, atuando no projeto, iniciei um trabalho de certa forma isolado do grupo, mais particularizado, visando basicamente reabilitação e qualidade de vida a esta pessoa a mim destinada, já num segundo momento tentou-se retomar a convivência mais direta deste indivíduo com o grupo buscando conciliar as ações da fisioterapia e educação física.

CAPÍTULO I

Esclerose múltipla

A esclerose múltipla é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central relativamente freqüente, de etiologia desconhecida que se caracteriza clinicamente pelo aparecimento de sintomatologia polimorfa, preferencialmente piramidal, sensitiva, cerebelar e óptica apresentando, em geral, uma evolução por surtos e remissões.

Encontram-se diferentes denominações para esta síndrome desmielinizante que variam de autor a autor, entre elas, esclerose insular, esclerose em placas, encefalomielite aguda, esclerose disseminada, mieloclasia aguda focal. Apesar das muitas investigações, hoje ainda não se tem comprovações de sua verdadeira etiologia. As teorias mais populares destacam alguma relação com autoimunidade, deficiências nutricionais, distúrbios vasculares, ação de vírus, fatores genéticos e ambientais, mas, as duas teorias mais consideradas atualmente são as que a causa derive de

agente infeccioso ou alérgico, todavia, ainda não há uma prova diagnóstica específica para a esclerose múltipla. Também não se pode ignorar a importância de fatores como o constitucional e o genético, o que retarda muito o diagnóstico e tratamento. A esclerose múltipla tem se apresentado mais frequentemente (segundo a maioria dos autores) em adultos jovens na faixa de 20 a 40 anos de idade, sendo um pouco mais comum ao sexo feminino (1,5 : 1) e nos países de clima frio e temperado.

CAPÍTULO I

Esclerose múltipla

Caracterizada patologicamente pela presença de numerosas áreas de desmielinização (placas) no sistema nervoso central, os aspectos clínicos são determinados de acordo com a extensão e difusão destas zonas que ocorrem preferencialmente no cérebro, nervos craniais e medula espinhal, promovendo clinicamente uma variedade de sinais e sintomas neurológicos com tendência à remissão e exacerbação sendo as lesões múltiplas e sucessivas. Surgem transtornos motores como paralisias ou parálises e variações de tônus muscular, distúrbios sensitivos como parestesias e alterações na sensibilidade termo-dolorífica e à dor, sintomas de origem cerebrais.

A esclerose múltipla é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central relativamente freqüente, de etiologia desconhecida que se caracteriza clinicamente pelo aparecimento de sintomatologia polimorfa, preferencialmente piramidal, sensitiva, cerebelar e óptica apresentando, em geral, uma evolução por surtos e remissões.

Encontram-se diferentes denominações para esta síndrome desmielinizante que variam de autor a autor, entre elas, esclerose insular, esclerose em placas, encefalomielite aguda, esclerose disseminada, mieloclasia aguda focal. Apesar das muitas investigações, hoje ainda não se tem comprovações de sua verdadeira etiologia. As teorias mais populares destacam alguma relação com autoimunidade, deficiências nutricionais, distúrbios vasculares, ação de vírus, fatores genéticos e ambientais, mas, as duas teorias mais consideradas atualmente são as que a causa derive de

agente infeccioso ou alérgico, todavia, ainda não há uma prova diagnóstica específica para a esclerose múltipla. Também não se pode ignorar a importância de fatores como o constitucional e o genético, o que retarda muito o diagnóstico e tratamento. A esclerose múltipla tem se apresentado mais frequentemente (segundo a maioria dos autores) em adultos jovens na faixa de 20 a 40 anos de idade , sendo um pouco mais comum no sexo feminino (1,5 : 1) e nos países de clima frio e temperado.

Caracterizada patologicamente pela presença de numerosas áreas de desmielinização (placas) no sistema nervoso central, os aspectos clínicos são determinados de acordo com a extensão e difusão destas zonas que ocorrem preferencialmente no cérebro, nervos ópticos e medula espinhal, promovendo clinicamente uma variedade de sinais e sintomas neurológicos com tendência à remissão e exacerbação sendo as lesões múltiplas e sucessivas. Surgem transtornos motores como paresias ou paralisias, e variações de tono muscular, distúrbios sensitivos como parestesias e alterações em sensibilidade termo-algésica e tátil, sintomas de origem cerebelar, como falta de coordenação, equilíbrio deficitário e marcha atáxica. Transtornos esfinterianos, também ocorrem, como incontínências fecal e urinária e distúrbios dos pares de nervos cranianos mais freqüentemente causando alterações visuais como diplopia e neurite retrobulbar, além de manifestações psíquicas, disartrias, disfagias, entre outros.

O aspecto macroscópico da superfície do cérebro, medula espinhal e nervos cranianos mostra-se normal. Ocasionalmente nota-se a atrofia das circunvoluções cerebrais, retração da medula, espessamento da pia-aracnóide e retração do nervo óptico. As placas de desmielinização são mais numerosas na substância branca cerebral, tronco encefálico, cerebelo e medula mas, a substância cinzenta também pode estar afetada. Placas de vários tamanhos podem ser encontradas (variando do tamanho da cabeça de um alfinete a

lobos inteiros de hemisférios), no entanto nota-se com mais freqüência placas localizadas em torno dos ventrículos laterais, IIIº ventrículo e corpo caloso.

Tais placas podem ser detectadas pela ressonância nuclear magnética e até visíveis a olho nu, pois a macroglia prolifera-se, produzindo fibrilas que conferem às lesões mais antigas uma aparência esclerótica característica. A análise do líquido já não é tão precisa, pois detecta apenas um aumento de Ig G e de macrófagos, o que não é típico apenas da esclerose múltipla, podendo deflagrar diagnósticos diferenciais. Microscopicamente, na fase aguda de desmielinização acentuada percebe-se o acúmulo de macrófagos, células linfocitárias e plasmócitos, e mais tardiamente, poucos corpos celulares nas áreas de desmielinização com aspecto fibro-esclerótico, o que determina a destruição de substância branca.

Evolui em surtos separados por períodos de remissões mais ou menos completas. Os surtos aparecem como episódios de agravamento brusco que trazem um sintoma novo ou o grupo de sinais e sintomas compatíveis com o foco lesional, ou ainda o agravamento das manifestações já existentes. Os surtos podem ter a duração de dias ou horas, de acordo com o tempo necessário para a estabilização dos sinais. Sabe-se que quanto mais longo o surto, menor serão as chances de regressões, que freqüentemente são incompletas, determinando agravamentos definitivos ao indivíduo. Já a freqüência dos surtos varia e geralmente os riscos aumentam nos cinco primeiros anos após o diagnóstico.

A evolução varia de aguda a extremamente crônica sendo que, as formas mais comuns caracterizam-se por remissões (regressões) quase totais dos primeiros surtos que, com o passar do tempo vão se tornando menos completas, resultando em incapacidades fixas. As formas mais graves apresentam seqüelas fixas desde o início por apresentarem cada vez menos regressões. Segundo alguns autores (Cambier, 1983) pode-se subdividir a esclerose múltipla em quatro formas mais comuns, são elas:

- forma benigna - 20% dos casos, apresenta poucos surtos seguidos de regressões completas ou quase completas.

-exacerbações e remissões - 25% dos casos, apresenta exacerbações mais freqüentes e remissões menos completas.

-crônica recidivante - 40% dos casos, com remissões cada vez menos numerosas à medida que a doença evolui com agravamento da "invalidez."

- crônica progressiva - 15% dos casos, início insidioso e progressivo.

O prognóstico revela um quadro de inaptidão motora e/ou sensitiva que vem a promover uma determinada incompatibilidade com a atividade social considerada normal e independência para as atividades de vida diária, mas dificilmente leva ao óbito, pois mesmo as lesões de tronco cerebral cuja semiologia pode ser assustadora, tem apresentado remissões freqüentemente surpreendentes. O que ocorre com freqüência é a exposição, devido a invalidez neurológica, à complicações temíveis, doenças intercorrentes como infecções do trato urinário e respiratório, distúrbios circulatórios e de sistema nervoso autônomo e a septicemia secundária ao decúbito, podendo-se dizer portanto, que tais indivíduos vão a óbito por alguma patologia decorrente da esclerose múltipla. A evolução clínica se estende por uma ou mais décadas na maioria dos casos , mas em alguns pode culminar na morte poucos meses a partir do início, atualmente em média, considera-se uma sobrevida de 20 anos.

Sabe-se que não há tratamento algum até então considerado satisfatório para a esclerose múltipla, visto que não se pode ainda esperar que algo resulte na inversão de lesões irreparáveis do sistema nervoso. Tem-se considerado então as medidas preventivas como único método realmente eficaz de tratamento, ainda assim limitando o tratamento ao sintomático, após

a doença ter se manifestado pois com etiologia desconhecida, torna-se impossível prevenir sua aparição. A terapêutica na esclerose múltipla visa

portanto, o tratamento secundário direcionado aos sinais e sintomas da patologia. Isto restringe-se à boa nutrição, prevenção e pronto tratamento de infecções intercorrentes, alívio da angústia, fisioterapia nas fases de remissão ou evolução estacionária, melhorando déficits neurológicos e fazer com que estes indivíduos retornem às suas atividades de vida diária e ocupações normais na medida do possível. O apoio psicológico geral é muito importante, pois o paciente têm a tendência à depressão, e recomenda-se ainda a mudança deste indivíduo saindo de regiões de climas muito frios ou demasiadamente quentes.

É.P.S., 45 anos, cor branca, casada. Aos treze anos e meio E. foi acometida por um quadro de febre bastante severo, e na manhã seguinte não reunia condições para realizar atividades usuais como segurar a escova de dentes. Passou por diversos exames e avaliações médicas e constatou-se atrofia cerebelar.

Passando por uma nova série de exames que não revelaram nenhum diagnóstico específico, na época E., começou a notar alterações na marcha, como falta de equilíbrio. Aos 17 anos abandonou os estudos por não conseguir subir escadas, andar sem apoio ou realizar tarefas como apagar o quadro negro.

Casou-se aos 23 anos e os médicos informaram que sua patologia não tinha cura e que quanto mais tempo demorasse para engravidar mais arriscada seria sua gestação. Aos 24 anos engravidou, teve uma gravidez sem intercorrências e aos 25 anos teve uma filha saudável, a termo, nascida de parto normal, contrariando as previsões dos médicos que indicaram que seria mais conveniente que se realizasse um parto cesárea. E. não relata nenhum agravamento de seu quadro devido à gravidez e parto, questionada a respeito, afirma que não sente períodos bruscos de remissão e exacerbação, infirma que seus déficits vão aumentando gradativamente num processo lento e contínuo. Quando fica muito tempo sem desenvolver alguma atividade sente

evolução mais oportuna da patologia como, por exemplo, a maior rigidez das mãos. O.F.S., 53 anos, marido de E. menciona que existem épocas em que seu quadro estabiliza, chega a conversar melhor, auxilia em algumas atividades de vida diária. "Ela para de piorar, fica bem, chega a melhorar um pouco."(sic)

Estudo do caso clínico

A própria E. optou por medo de sofrer quedas a medida em que se agravavam as condições de sua marcha.

Há três anos começou a se queixar de dificuldades na fala e na audição, sempre fez uso de lentes corretivas, nega vícios ou patologias anteriores.

E.F.S., 49 anos, cor branca, casada. Aos treze anos e meio E. foi acometida por um quadro de febre bastante severo, e na manhã seguinte não reunia condições para realizar atividades usuais como segurar a escova de dentes. Passou por diversos exames e avaliações médicas e constatou-se atrofia cerebelar.

Passando por uma nova série de exames que não revelaram nenhum diagnóstico específico, na época E., começou a notar alterações na marcha, como falta de equilíbrio. Aos 17 anos abandonou os estudos por não conseguir subir escadas, andar sem apoio ou realizar tarefas como apagar o quadro negro.

Casou-se aos 23 anos e os médicos informaram que sua patologia não tinha cura e que quanto mais tempo demorasse para engravidar mais arriscada seria sua gestação. Aos 24 anos engravidou, teve uma gravidez sem intercorrências e aos 25 anos teve uma filha saudável, a termo, nascida de parto normal, contrariando as previsões dos médicos que indicaram que seria mais conveniente que se realizasse um parto cesárea. E. não relata nenhum agravamento de seu quadro devido à gravidez e parto, questionada a respeito, afirma que não sente períodos bruscos de remissão e exacerbação, informa que seus déficits vão aumentando gradativamente num processo lento e contínuo. Quando fica muito tempo sem desenvolver alguma atividade sente

evolução mais acentuada da patologia como, por exemplo, a maior rigidez das mãos. O.F.S., 53 anos, marido de E. menciona que existem épocas em que seu quadro estabiliza, chega a conversar melhor, auxilia em algumas atividades de vida diária, - "Ela para de piorar, fica bem, chega a melhorar um pouco."(sic).

A própria E. optou por ficar na cadeira de rodas por medo de sofrer quedas a medida em que se agravavam as condições de sua marcha.

Há três anos começou a se queixar de dificuldades na fala e na audição, sempre fez uso de lentes corretivas, nega vícios ou patologias anteriores.

Foi acompanhada por diversos médicos que deram diagnósticos diferenciados, como: atrofia cerebelar, ataxia de Friederich e a esclerose múltipla, que hoje é considerada a mais provável. E. não faz uso de nenhum medicamento específico, a não ser eventualmente para quadros álgicos de origem postural e/ou tensional, como cervicalgias e lombalgias e não realiza acompanhamento médico regular há cerca de 2 anos. Sempre realizou fisioterapia desde quando percebeu o início dos agravamentos físicos.

Atualmente E, encontra-se com um quadro motor bastante comprometido, sem alterações da consciência, do controle de esfínteres e funções viscerais, mas, apresenta tetraparesia, hipoestesia em membros inferiores, alterações da fala e da audição, dificuldade global da coordenação motora, instabilidade de tronco, e deformidades dos pés em eqüino varo bilateralmente.

inserção social dessas pessoas, e nesta visão buscou-se traçar este projeto de atenção às necessidades e apoio às Pessoas Portadoras de Deficiências. É bom que fique claro que o projeto em discussão, como dito anteriormente, teve outros objetivos como precursoras, o que tira uma possível impressão de um projeto assistencialista, ou seja, a oportunidade de fornecer subsídios para a abertura de estudos e pesquisas em Educação Física Adaptada a nível de graduação e pós-graduação também foi considerado.

CAPÍTULO II

Portanto, podemos relacionar algumas finalidades que o projeto "Atividades Físicas e Esportes para Pessoas Portadoras de Deficiências" traz como básicas, e são elas:

Atividades físicas e esportes para pessoas portadoras de deficiências

-Fornecer mais um campo para a pesquisa em Educação Física Adaptada no nível de graduação e pós-graduação.

-Buscar orientar e reciclar através de cursos de extensão e especialização.

Na preocupação com a escassez do desenvolvimento de atividades físicas, recreativas, de lazer, espaços abertos para utilização das Pessoas Portadoras de Deficiências e com o número reduzido de profissionais da área de Educação Física envolvidos e preparados para o trabalho com esta população, criou-se na Faculdade de Educação Física da UNICAMP um projeto de extensão de nome: "Atividades físicas e esportes para Pessoas Portadoras de Deficiências." Acreditando que esta proposta contemple três objetivos básicos, a saber: ensino, pesquisa e extensão, o mesmo pretende mostrar que em se trabalhando propostas que busquem enfatizar as capacidades sensório-motoras e cognitivas remanescentes nestes indivíduos, consegue-se ativar suas condições orgânicas bem como propiciar melhor sociabilização. O desenvolvimento de atividades culturais, esportivas e de lazer, de forma integrada, sem dúvida é de grande importância para a

inserção social dessas pessoas, e nesta visão buscou-se traçar este projeto de atenção às necessidades e apoio às Pessoas Portadoras de Deficiências. É bom que fique claro que o projeto em discussão, como dito anteriormente, teve outros objetivos como precursores, o que tira uma possível impressão de um projeto assistencialista, ou seja, a oportunidade dele fornecer subsídios para a abertura de estudos e pesquisas na área de Educação Física Adaptada a nível de graduação e pós-graduação também foi considerado.

Portanto, podemos relacionar algumas finalidades que o projeto "Atividades Físicas e Esportes para Pessoas Portadoras de Deficiências ." traz como básicas, e são elas:

-Possibilitar aos alunos da graduação em Educação Física vivências práticas com esta população uma vez da inserção de disciplinas voltadas para a atenção à esta população no currículo, assim como dos alunos da pós-graduação na área de Atividade Física Adaptada.

-Fornecer mais um campo para a pesquisa em Educação Física Adaptada ao nível de graduação e pós-graduação.

-Buscar orientar e reciclar através de cursos de extensão e especialização profissionais da equipe multidisciplinar que atuem na área.

-Atender Pessoas Portadoras de Deficiências, formar equipes de acordo com o interesse e aspiração do grupo nas várias modalidades esportivas adaptadas.

-Favorecer a manutenção ou evolução das condições orgânicas das Pessoas Portadoras de Deficiências através de atividades propostas, resgatando suas potencialidades e adequando-se a elas bem como proporcionar oportunidade efetiva para que estes indivíduos encontrem uma atividade física e/ou esportiva que contribuam para sua realização pessoal.

-Atender as instituições de Assistência às Pessoas Portadoras de Deficiências na orientação e organização de Atividades Físicas Esportivas.

diversos de modo a poder envolver professores, graduandos, pós-graduandos e alunos.

Quanto a recursos humanos ficou como que pré-estabelecido no processo inicial que deveriam haver no mínimo 2 monitores responsáveis por cada um dos grupos, bem como um docente junto ao desenvolvimento das atividades de ensino e este **Levantamento histórico** do mesmo, junto às atividades de pesquisa. O grupo responsável pelo andamento das atividades entre monitoria (normalmente composta por graduandos de Educação Física) e docentes complementariam com reuniões quinzenais gerais para avaliações.

Segundo José Luís Rodrigues, docente da Faculdade de Educação Física da UNICAMP e um dos idealizadores do projeto, a idéia surgiu a partir do interesse de 2 deficientes físicos, alunos da Universidade, por uma disciplina eletiva denominada "Educação Física Especial" que mais tarde veio a se chamar "Educação Física ao alcance de todos". Discutindo-se então da possibilidade de se ampliar essa idéia criando-se um programa que atendesse às necessidades desta população, propôs-se que se aumentasse o grupo convidando os integrantes da F.C.D.(Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes) de Campinas, órgão do qual faziam parte estes dois primeiros alunos interessados; e eis que em maio de 1988 iniciou-se o trabalho com aproximadamente 12 pessoas que compareciam irregularmente devido ao fator transporte, uma vez sanado o problema (resolvido inicialmente com um ônibus cedido pelo exército; atualmente conta-se com um ônibus adaptado cedido pela Prefeitura Municipal de Campinas para esta finalidade) a regularidade e o número de participantes foi aumentando consideravelmente.

O projeto procurou atender desde o início uma variedade de Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, chegando a ter 132 P.P.D.s inseridas no programa entre crianças, adolescentes e adultos, sendo distribuídos em grupos de deficientes visuais, deficientes auditivos, deficientes mentais, pacientes psiquiátricos, autistas e deficientes físicos em horários

diversos de modo a poder envolver professores, graduandos, pós-graduandos e alunos.

Quanto a recursos humanos ficou como que pré-estabelecido no processo inicial que deveriam haver no mínimo 2 monitores responsáveis por cada um dos grupos, bem como um docente junto ao desenvolvimento das atividades de ensino e extensão, além do envolvimento direto do mesmo, junto às atividades de pesquisa. O grupo responsável pelo andamento das atividades entre monitoria (normalmente composta por graduandos de Educação Física) e docentes complementariam com reuniões quinzenais gerais para avaliações.

Atividade motora e iniciação esportiva para pessoas portadoras de deficiências físicas

Este trabalho relata a atividade desenvolvida com o grupo de deficientes físicos envolvidos no programa, dentro do projeto abordado no capítulo anterior. Desde o início do projeto, os alunos deficientes físicos constituíram um grupo bastante heterogêneo no que se refere às patologias e alterações funcionais. Há casos de poliomielite, trauma raqui-medular, trauma crânio-encefálico, amputações, hidrocefalia, esclerose múltipla, artrite reumatóide, mielomeningocele, entre outros.

As atividades portanto, sempre foram realizadas a propostas de modo a atingir e possibilitar a participação de cada um dos alunos apesar de apresentarem histórias, experiências e necessidades diferentes. A princípio a maioria das atividades do grupo tinham um objetivo bastante recreativo, visando principalmente a integração e a socialização de seus integrantes.

Eram realizadas jogas, brincadeiras e alguns exercicios básicos fazendo uso da cadeira de rodas e do solo.

Com o passar do tempo, as propostas se modificaram um pouco buscando neste segundo momento, auxiliar através de atividades desenvolvidas no grupo, uma maior independência, mobilidade e segurança para realizar as tarefas de vida di

CAPITULO III

se sentia mais confiante para procurar novas tarefas. Surgiram então as atividades mais intensificadas desenvolvidas nas cadeiras de rodas como: o toque da cadeira em diversos planos, treinos para superação de obstáculos como rampas, curvas, degraus, entre outras atividades. É importante colocar que nem todos os membros deste grupo faziam um dia de cadeira de rodas, sendo que alguns utilizavam cadeiras de rodas com auxílio

Atividade motora e iniciação esportiva para pessoas portadoras de deficiências físicas

com a aquisição de algumas cadeiras de rodas todos participavam deste momento da atividade

Foi a partir do início do desenvolvimento destas atividades, mais especificamente voltadas para o uso da cadeira de rodas, que começaram a surgir

Este trabalho relata a atividade desenvolvida com o grupo de deficientes físicos envolvidos no programa, dentro do projeto abordado no capítulo anterior. Desde o início do projeto, os alunos deficientes físicos constituíram um grupo bastante heterogêneo no que se refere às patologias e alterações funcionais. Há casos de poliomielite, trauma raqui-medular, trauma crânio encefálico, amputações, hidrocefalia, esclerose múltipla, artrite reumatóide, mielomeningocele, entre outros.

As atividades portanto, sempre foram realizadas e propostas de modo a atingir e possibilitar a participação de cada um dos alunos apesar de apresentarem histórias, experiências e necessidades diferentes. A princípio a maioria das atividades do grupo tinham um objetivo bastante recreativo, visando principalmente a integração e a sociabilização de seus integrantes.

antiquarista, noções básicas de alguma prática esportiva de interesse do

Eram realizados jogos, brincadeiras e alguns exercícios básicos fazendo uso da cadeira de rodas e do solo.

Com o passar do tempo, as propostas se modificaram um pouco buscando neste segundo momento, auxiliar através de atividades desenvolvidas no grupo, uma maior independência, mobilidade e segurança para realizar as tarefas de vida diária, já que com a primeira fase, o grupo já se sentia mais confiante para procurar novas tarefas. Surgiram então as atividades mais intensificadas desenvolvidas nas cadeiras de rodas como: o toque da cadeira em diversos planos, treinos para superação de obstáculos como rampas, curvas, degraus, entre outras atividades. É importante colocar que nem todos os membros deste grupo faziam uso diário de cadeira de rodas, sendo que alguns deambulavam independentemente, outros com auxílio de muletas e/ou tutores e andadores, bengalas. Porém, com a aquisição de algumas cadeiras de rodas todos participavam deste momento da atividade.

Foi a partir do início do desenvolvimento destas atividades, mais especificamente voltadas para o uso da cadeira de rodas, que começaram a surgir habilidades dentro do grupo, bem como o interesse por progredir. Neste sentido, notou-se então que havia se criado um pequeno subgrupo dentro deste primeiro, de alunos que conseguiam melhor desempenho nas atividades propostas. Por se tratar de um grupo grande e heterogêneo, houve uma separação pois não era possível que a mesma proposta de tarefas atingisse de igual forma as necessidades de todos. Criou-se um grupo de interesse em desenvolver-se na prática desportiva do basquete sobre rodas, com os integrantes que se consideravam aptos e dispostos para tal e um segundo grupo denominado "Atividade motora e iniciação esportiva" para os integrantes menos aptos para a atividade desportiva propriamente dita.

A preocupação deste grupo seria então, de acordo com o nome adotado, o trabalho da experiência motora destes indivíduos, no sentido de enriquecê-la, noções básicas de alguma prática esportiva de interesse do

grupo e a intensificação das propostas de sociabilização. Conforme dito anteriormente, resgatando-se através destas atividades suas potencialidades, adequando-se a elas, bem como promover uma manutenção ou até indiretamente uma evolução de suas condições orgânicas.

Iniciei minha participação neste trabalho em agosto de 1992, ainda acadêmica de fisioterapia, visitei por algumas vezes o grupo e acompanhei algumas de suas atividades; até então o planejamento e execução das mesmas contava com a participação dos professores do Departamento de Atividade Física Adaptada, idealizadores do projeto, e de alunos de graduação do curso de Educação Física. Recebi uma proposta por parte destes docentes de estar acompanhando o grupo, dando assistência a um indivíduo portador de esclerose múltipla, pois a mesma já começava a enfrentar dificuldades que limitavam sua participação nas atividades propostas e ainda porque implicava numa atenção especial. Um atendimento mais individualizado, o que foi se tornando inviável pela falta de monitores(já que se contavam apenas com 2 por grupo); cogitou-se a possibilidade de afastamento dela das atividades, possibilidade esta descartada ao se pensar no quanto ela sairia afetada no sentido da frustração de não ser mais capaz de realizar determinadas tarefas e no aspecto físico e social ao deixar o grupo.

A esclerose múltipla traz inúmeras manifestações como: cansaço fácil, fraqueza, espasticidade, incoordenação motora, ataxia, perda visual, diplopia, disartria, incontinência urinária e parestesias. Sintomas psicossociais variam da profunda depressão ao otimismo não realista. Imobilização prolongada, contraturas, quedas, embaraço social pela incontinência criam outros problemas para o indivíduo. Amaurose, mobilidade por cadeira de rodas, cuidados próprios assistidos, exacerbações freqüentes e distúrbios dos movimentos acarretando obviamente em sérias conseqüências para a capacidade no trabalho e atividades da vida independente.(Okamoto, 1990).

Comecei meu trabalho com E. individualmente, de forma terapêutica tendo como objetivos básicos : reeducar e manter todo o controle voluntário,e

mecanismos posturais normais, manter amplitude de movimentos de todas as articulações e tecidos moles, evitar o uso de movimentos anormais que são ineficientes e cansativos e que viessem a inibir a função, inibir tono anormal, estimular toda a experiência perceptual e sensorial e manter a experiência de movimento normal durante o curso da moléstia, não só explorando o potencial mas, capacitando-a a sentir-se mais segura, que são recomendados por Downie (1987).

Manter alguns objetivos do projeto como dito: manutenção das condições orgânicas, resgate de potencialidades; e procurando ao máximo propiciar o melhor grau de independência e qualidade de vida.

E., já fazendo uso da cadeira de rodas, apresentava então, um quadro de tetraparesia, com poucos movimentos voluntários considerados "eficientes" pela dificuldade na coordenação motora, além de alterações na fala.

Nos primeiros contatos propus apenas alguns exercícios gerais realizados na própria cadeira de rodas para que a aproximação se desse aos poucos, de acordo com sua aceitação, E., sempre foi bastante receptiva mas logo neste início tivemos um pouco de dificuldade devido ao seu quadro emocional, ou seja, o fato de passar a existir um monitor responsável apenas por suas atividades a perturbou bastante, pois teve que defrontar-se com o agravamento de suas condições físicas que a levou para este tipo de atendimento.

Gradativamente, sua aceitação foi aumentando e passamos a realizar as atividades mais específicas, desta vez usando um colchonete no chão, próximo ao local onde o restante do grupo realizava suas atividades. Sempre bastante comunicativa, apesar de sua disartria, não relutava aos exercícios, dificilmente queixando-se de algo.

A conduta adotada por mim consistia então, de exercícios de alongamento, mobilização ativa quando possível, mobilização passiva de articulações, treino de equilíbrio, exercícios respiratórios e de relaxamento.

E. sempre solicitava que fossem feitos exercícios com suas mãos pois começava a sentir dificuldade à extensão de punho e dedos, realizava exercícios ativos de membros superiores embora, apresentando forte dismetria. Os alongamentos eram realizados passivamente, bem como a mobilização de membros inferiores sobre os quais detinha muito pouco controle voluntário, conseguindo apenas sua extensão.

O relaxamento, eu conduzia normalmente a fim de aliviar tensões musculares derivadas da imobilização prolongada na cadeira de rodas, e propiciar um momento de tranquilidade após as atividades, minimizando possivelmente alguns sintomas como a depressão e/ou euforia. Fazíamos o relaxamento através de técnicas de mentalização e exercícios de conscientização corporal, assim como massagens leves. E., sempre respondeu bem às atividades propostas, sugerindo novos exercícios e mostrando boa vontade, embora dificilmente voltasse a realizar algum deles em casa.

Cabe lembrar, que além de frequentar o trabalho no projeto, era acompanhada pelo serviço de fisioterapia semanalmente.

Como parte dos objetivos e programa do projeto, nas épocas de junho e dezembro realizam-se as festas junina e de confraternização, respectivamente, de acordo com a disponibilidade dos alunos, monitores e professores. E., sempre fez questão de estar presente a estes eventos e de participar onde fosse possível, mostrando-se muito participativa.

Nos meses de verão, estabeleceu-se que os alunos do projeto poderiam fazer uso da piscina, apesar de ser uma piscina descoberta, sem aquecimento de água e sem as medidas apropriadas para o trabalho com deficientes físicos, os mesmos optaram por desenvolver um trabalho com natação. Uma vez colocadas barras de apoio no beiral, construídos portões e rampas de acesso, iniciou-se o trabalho na água.

E., como sempre, demonstrou-se disposta a tentar, chegando a flutuar praticamente sozinha numa das primeiras aulas, mas muito apreensiva por

outro lado. Acompanhei E. em algumas aulas desenvolvidas na piscina, desenvolvendo atividades semelhantes às anteriores mas com mais sucesso em algumas delas como o treino de equilíbrio, o relaxamento e controle voluntário, favorecidos pelo meio líquido..

Em meados de 1993, ao voltar do recesso das aulas, E. queixava-se de notar dificuldades maiores na visão, notando "vista embassada", e lombalgias. Continuamos nosso trabalho sem muitas alterações durante este ano.

Em 1994, o restante do grupo começou a se interessar mais pela prática esportiva, no caso, o handball, o que fez com que de certa maneira distanciasse um pouco mais E. do grupo ao qual pertencera. E. não chegava a se queixar ou deixar de participar mas, notei que passou a observar bastante os colegas que agora passavam a desenvolver atividades mais diferenciadas.

Nosso vínculo aumentou bastante nesta época, pois suas atividades no grupo restringiam a mim, este fato foi muito positivo se formos avaliar a relação terapeuta-paciente, pois ela passou a depositar muita confiança no meu trabalho, facilitando-o para ambas. Houveram aulas em que estava muito deprimida e que preferia conversar, e assim passamos a fazer quando notava que era melhor para ela. Por outro lado, mais tarde fui notar que tal vínculo me traria algumas dificuldades na condução do trabalho como sua dependência à minha pessoa e a grande interferência dos sintomas psicossociais, nos nossos objetivos.

Em 1995, E. já relutava às atividades na água, alegava frio, insegurança, medo, e outros fatores que antes não interferiam, enfim, contou-me que não gostaria mais de frequentar as aulas na piscina pois dava muito trabalho aos monitores devido a sua total dependência, respeitamos sua vontade apesar de insistirmos na sua participação.

Neste ano, comecei a preocupar-me mais com a sua reintegração ao grupo, pois senti que E. vinha perdendo muito do contato que tinha com seus colegas inicialmente, embora estivesse respondendo bem às atividades desenvolvidas não havia evolução no seu quadro motor, o que deixava bastante claro que o trabalho realizado com ela era meramente de prevenção e manutenção de suas condições.

Combinei em reuniões com os monitores responsáveis pelo restante do grupo, de incluirmos E. nos momentos de atividades mais brandas como o aquecimento, feito nas próprias cadeiras de rodas onde eram propostos apenas exercícios de respiração, pescoço, cintura escapular, membros superiores e alguns de tronco, como rotações e alongamentos.

A partir daí, a rotina das aulas mudou, E. voltou a participar do grupo neste momento de aquecimento e depois quando o restante dos alunos dirigia-se para uma atividade mais específica, voltávamos para as nossas atividades no colchonete. Passei a avaliar com muita atenção as reações de E. quando junto do grupo, a mesma demonstrava grande alegria e interesse durante o aquecimento realizado na companhia dos colegas.

O grupo foi bastante receptivo, incentivando E. na execução dos exercícios propostos, brincando e aceitando com paciência suas dificuldades e lentidão. Ela necessitava de auxílio para realizar algumas das tarefas propostas mas, o solicitava e eu intervia quando considerava necessário.

Notei que as atividades isoladas que desenvolvíamos depois desta primeira etapa da aula, tiveram um resultado mais satisfatório no sentido de não ficarmos um período muito grande com atividades específicas, evitando o cansaço, e proporcionando um momento maior de descontração com as atividades gerais.

Meu interesse também aumentou no que se refere ao grupo, pois comecei a me preocupar em ajudar no direcionamento das atividades sugeridas aos outros deficientes físicos.

Foi então no 2º semestre de 1995 que decidimos conciliar o trabalho dos professores de Educação Física, com o meu, enquanto fisioterapeuta. Resolvemos não mais separar E. do grupo e iniciar o trabalho das aulas com todos os integrantes do grupo no solo, fazendo uso do tablado.

Nossas atividades passaram a ser então planejadas em conjunto, e dirigidas alternadamente por mim ou pelo professor de Educação física. Logo no início das aulas, os alunos eram encaminhados ao tablado, onde passamos a realizar o chamado "aquecimento", mas agora mesclamos os objetivos. Em momento algum, o trabalho foi meramente de reabilitação, o que passou a ocorrer foi a minha intervenção no sentido de colaborar para que as atividades desenvolvidas tivessem também um caráter de prevenção e ou manutenção das condições físicas atuais, na implantação de alguns exercícios específicos de reabilitação.

Todos os alunos, com exceção de E., têm uma seqüela fixa, ou seja, já passaram por um processo de reabilitação, e no momento só procuram um pouco de atividade, condicionamento físico, sociabilização, precisando resgatar alguns fatores de reabilitação e E. em constante trabalho reabilitativo, precisando um pouco mais de sociabilização.

Passamos a propor atividades de maior exploração e capacitação funcional, como rolar e engatinhar, exercícios de coordenação motora, equilíbrio de tronco e preensão.

E. pode notar, nestas oportunidades, que alguns de seus colegas apresentavam algumas dificuldades comuns às suas, o que a deixou mais a vontade; e por outro lado passou a solicitar a retomada de alguns exercícios mais específicos realizados anteriormente, já que não dispunha de um acompanhamento fisioterápico regular.

Levando em conta os objetivos do projeto desenvolvido e meu papel dentro do mesmo, como profissional integrante desta equipe interdisciplinar, optamos por manter o andamento atual já que os objetivos de reabilitação neste projeto assumem papel secundário.

O trabalho do grupo enriqueceu em alguns aspectos, visando também uma reeducação funcional durante as atividades.

E. aceitou bem esta mudança, reconhecendo como vantagens a retomada do convívio com o grupo e a nova perspectiva do trabalho, assim como o grupo mostrou maior interesse nos exercícios que passaram a favorecer as atividades mais gerais, ou seja, através da aplicação de atividades mais voltadas para o funcional e exploração de espaço, sentiram uma boa evolução no desempenho das propostas de prática esportiva, por exemplo.

Destacamos, que, foi a partir do momento em que se deu esta troca de experiências entre os profissionais, que notamos o enriquecimento do trabalho em si e o aumento da motivação por parte de todos os alunos.

M.T., aproximadamente 50 anos, portadora de artrite reumatoide juvenil, relata que há nove anos participa do projeto na FEF. Conhecia E. anteriormente pois participavam de um mesmo grupo: F.C.D.(Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes de Campinas) que promove reuniões regularmente, foi M. quem convidou E. para participar do projeto há 7 anos

Conta que na época da entrada de E. no grupo, a mesma se encontrava melhor fisicamente, acredita que de um ano e meio pra cá a coordenação e a fala se tornaram mais comprometidas, menciona que antes era mais entendida com mais facilidade pelos colegas.

Já conheceu E. fazendo uso de cadeira de rodas.

Refere que, no início dos trabalhos ela fazia suas próprias atividades, entrava um pouco na piscina, mas era também difícil pois não conseguia fazer as atividades sozinha, sempre precisando de apoio de outra pessoa.

"E. teve muita vantagem tendo você como "monitora particular", pois teve uma seqüência de atenção exclusiva" (sic)

Relata que não chegou a conversar com E. sobre o assunto, mas que acha que quando as atividades eram desenvolvidas isoladamente ela tinha maior liberdade, pois no grupo sempre precisava solicitar apoio, sentia maior dificuldade em acompanhar.

CAPITULO IV

estava propondo, ao passo que realizando-se uma atividade específica com ela, a mesma sentia-se melhor. Mas fica na dúvida quanto as preferências de E., pois em alguns momentos acredita que E. não se sente bem isolada do grupo.

Já nas vezes em que propomos atividades em conjunto no tablado, M. informa que percebeu mais ânimo de E., porque de qualquer forma, anuncia que além da minha presença, com o convívio e a atenção dos colegas, ela se sentia melhor, mas ressalta que nas atividades propostas em quadra ela não ia se sentir bem pois não teria condições. "não ia ficar bem".

Relatos

M.T. , aproximadamente 50 anos, portadora de artrite reumatóide juvenil, relata que há nove anos participa do projeto na FEF. Conhecia E. anteriormente pois participavam de um mesmo grupo: F.C.D.(Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes de Campinas) que promove reuniões regularmente, foi M. quem convidou E. para participar do projeto há 7 anos

Conta que na época da entrada de E. no grupo, a mesma se encontrava melhor fisicamente, acredita que de um ano e meio pra cá a coordenação e a fala se tornaram mais comprometidas, menciona que antes ela era entendida com mais facilidade pelos colegas.

Já conheceu E. fazendo uso da cadeira de rodas.

Refere que, no início dos trabalhos ela fazia suas próprias atividades , entrava um pouco na piscina, mas era também difícil pois não conseguia fazer as atividades sozinha, sempre precisando de apoio de outra pessoa.

"E., teve muita vantagem tendo você como "monitora particular", pois teve uma seqüência de atenção exclusiva".(sic)

Relata que não chegou a conversar com E. sobre o assunto, mas que acha que quando as atividades eram desenvolvidas isoladamente ela tinha maior liberdade, pois no grupo sempre precisava solicitar apoio, sentia maior dificuldade em acompanhar o que o professor estava propondo, ao passo que realizando -se uma atividade específica com ela, a mesma sentia-se melhor. Mas fica na dúvida quanto as preferências de E., pois em alguns momentos acredita que E. não se sinta bem isolada do grupo.

Já nas vezes em que propomos atividades em conjunto no tablado, M. informa que percebeu mais ânimo da parte de E., porque de qualquer forma, anuncia que além da minha presença, com o convívio e a atenção dos colegas, ela se sentia melhor, mas ressalta que nas atividades propostas em quadra ela não ia se sentir bem pois não teria condições..."não ia ficar bem".

Analisando melhor, M. reafirma que E. demonstra se sentir melhor fazendo, mesmo que em partes as atividades comuns a todos, salienta que cada um dos integrantes do grupo tem uma deficiência e, de certa forma com as atividades no grupo E. se sente empolgada em realizar melhor as suas atividades, do que sozinha sempre solicitando auxílio para a maioria das atividades.

M., como participante do grupo vendo as atividades isoladas desenvolvidas com E., acha que deveria permanecer o trabalho proposto em conjunto no tablado, porque sugere que mesmo ela recebendo algum tipo de auxílio, se sentiria mais estimulada ao ser ajudada por alguma pessoa, mesmo que o professor tivesse que desviar a atenção do grupo para ela em alguns momentos, o grupo não ia perceber tanto. Assim, com o grupo todo no tablado não estaríamos isolando ninguém e porque uma atividade isolada poderia estar promovendo certo esgotamento tanto da parte dela como da minha em realizar atividades que ela não reúna condições.

mas que "Para entrosamento, sociabilidade eu acho que é melhor",- cita seu exemplo, que no lugar de E., não conseguiria ficar isolada da atividade grupal.

Alega que Ainda coloca: - "Sozinha dum lado, de alguma maneira ,é o que eu falei para você, cada um tem sua deficiência mas, eu tentaria, sabe, me entrosar...mas é que ela tem uma deficiência diferente, onde ela mesmo estando sozinha não toma a iniciativa de fazer algo ". Diz acreditar que tudo tem que ser espontâneo dela, ela é quem tem que saber se está se sentindo bem no grupo, se gostaria de continuar, pois para o grupo as atividades continuam.

Coloca que E., teve uma época em que chorava muito mas relaciona estes episódios com problemas familiares e que embora ache que ela ainda deva ter alguns problemas desta ordem, ela tem superado.

Quanto às impressões dos colegas, M. comenta já ter ouvido algumas críticas quanto à participação de E. pois é difícil sua locomoção e transporte, e muitos temem por sua segurança pois também não dispõe de estabilidade na cadeira. Mas, ressalta: - "Por mim, eu acho que ela deveria continuar mesmo não fazendo nada, pra ela poder sair de casa, para continuar tendo o grupo de amigos, independente também...uns conversam, outros não, mas só o fato dela estar vindo!" e: - "O problema é dela, ela é que tem que ver realmente o que é melhor pra ela. Agora em relação a pena...ninguém tem pena, porque já sabe que isto acontece com todo mundo, né? A única coisa que a gente sabe, é que cada deficiência tem seu problema."

ultados pois sentiu que não "atrolava tanto"(sic) Gostou de começar a participar do grupo mas sempre refere que precisava de auxílio para acompanhar as atividades propostas.

O.F.S., 53 anos, marido de E., eventualmente comparece para acompanhar as atividades do grupo. O. conta que E. sempre fez fisioterapia

mas que atualmente, apenas uma vez por semana num serviço que considera fraco, iniciou sua participação no projeto há mais de sete anos e relata que E. mudou porque começou a conhecer mais gente, começou a sair mais de casa. Alega que a atividade dela em casa é muitíssimo restrita porque ela não quer sair da cadeira de rodas nem mesmo para sentar-se no sofá, chegando, às vezes a adormecer sentada ressalta que há tempos atrás realizava alguns exercícios com E. orientados pela fisioterapia como mobilização passiva de membros, mas que já não os realiza mais, avisa que ela gostava dos exercícios mas que não tinha paciência para realizá-los.

O. relata que E. gosta muito de participar do projeto, mas considera os momentos em que as atividades em desenvolvidas exclusivamente com ela mais importantes pois avalia que as outras atividades propostas não trazem respostas tão efetivas quanto às sessões de fisioterapia. Entretanto, comenta que nas atividades em conjunto ela fica mais solta, mais descontraída.

E.F.S., 49 anos, começou a participar do projeto a convite de colegas da F.C.D. de Campinas que já freqüentavam as aulas, até o momento só fazia 2 a 3 sessões de fisioterapia por semana no tocante à atividade física, considera que a fisioterapia trouxe sempre bons resultados pois sentiu que não "atrofiava tanto"(sic). Gostou de começar a participar do grupo mas sempre refere que precisava de auxílio para acompanhar as atividades propostas.

Atualmente, faz fisioterapia apenas uma vez por semana, talvez por isso demonstre maior interesse nas atividades realizadas exclusivamente para

ela com o meu acompanhamento, considera melhor a época em que recebia atenção individual no projeto, alegando que é difícil fazer os exercícios sozinha, precisando sempre de auxílio. Afirma que é bom receber atenção especial mas que também gosta de participar das atividades propostas em grupo apesar de normalmente não conseguir acompanhá-las.

Quanto às atividades grupais comenta: - "É bom porque eu participo..."

Observa que a participação de E. tem sido mais importante do que se simplesmente ela estivesse no grupo em que ela possa, e que depois ficasse "de lado" nas atividades em que ela não tenha condições para realizar.

Professor José Luís Rodrigues, um dos idealizadores e coordenadores do projeto conta que E. participava praticamente desde o começo das atividades em 1988, logo depois que o pessoal se instalou, começou a trabalhar e percebeu que dava para continuar. Houveram inúmeras dificuldades com o transporte, o que dificultava o comparecimento dos alunos. Solucionado o problema, E. já começou a participar mais assiduamente, e pelo menos há uns sete, oito anos ela participa do projeto. Iniciou sua participação no grupo já fazendo uso da cadeira de rodas. O professor não se recorda das condições físicas de E. no início do trabalho, mas considera que ao passo que algumas pessoas do mesmo grupo tiveram um certo ganho no que se refere à experiência motora, ela como portadora de um doença degenerativa, involuiu. Menciona que ela conseguiu se manter em alguns aspectos, como na questão social, por exemplo, sempre junto com outras pessoas, vendo, observando, assistindo...- "Ela já teve momentos melhores de participação, era um pouquinho mais ativa no grupo, tanto no sentido de acompanhar os exercícios, quanto na comunicação. No começo talvez ela apresentasse um pouco mais de facilidade para algumas coisas, mas a grosso modo, não dá para precisar bem isto, ou talvez porque o grupo também evoluiu. De repente o que eles faziam

eram coisas mais simples, o grupo cresceu e como devido sua patologia ela involui, a distância talvez tenha aumentado."(sic)

Coloca que não há dúvidas que a minha atuação é muito válida no projeto pelo fato de, como fisioterapeuta, os conhecimentos da área de fisioterapia podem estar auxiliando o restante do pessoal que está trabalhando, e talvez direcionar melhor alguma atividade junto aos professores.

Observa que a participação de E. tem sido mais importante do que se simplesmente ela estivesse no grupo em que ela pode, e que depois ficasse "de lado" nas atividades em que ela não reúne condições para realizar "perfeita ou normalmente" como os demais. Com a atuação interdisciplinar, cria-se a possibilidade de se propor atividades grupais que ela possa realizar, beneficiando também os outros alunos com atividades mais elaboradas.

Ressalta ainda, que pode-se observar que E. se sente mais importante realizando e fazendo as atividades propostas, mas não dispensa o fato de que ela se sente valorizada sabendo que existe algum membro do grupo preocupado que ela possa estar fazendo, e como estar fazendo, mantendo-a no grupo.

"Acho que sempre a atividade grupal para ela é interessante, porque ela não deve perder esses dois momentos dela, acho que os dois momentos são importantes pra ela, é o que temos buscado, tudo o que ela puder realizar no grupo é bom, que seja 20%, 30% ou 15% do todo mas que ela possa fazer alguma coisa em grupo, por exemplo, no momento de uma ativação, de repente vamos trabalhar respiração, porque trabalhar isoladamente se podemos trabalhar com umas quinze pessoas mais ou menos? Algumas atividades propostas de MMSS... é interessante ela poder estar fazendo isto no grupo. Ela depois vai precisar de algo específico, é claro que para algumas pessoas que

estão no grupo o específico represente 15%, 20% e pra ela o inverso." (sic)

Comenta que em termos de atividades, pode-se estar trabalhando mais especificamente com ela com algumas adaptações, cita como exemplo: pendurar a bola para fazer passe com ela, porque se escapar, ainda estará ao alcance dela.

CONCLUSÃO

"Às vezes pode-se continuar trabalhando com ela mais individualmente mas voltada para aquilo que o grupo está fazendo, se num outro exemplo, vamos treinar passe e recepção e a limitação dela é tal que não dá para ela estar trabalhando no grupo, mas que esteja ao lado trabalhando com uma parceria, seja você, um outro professor ou até alguma outra pessoa que tenha uma dificuldade semelhante a dela.

A atividade aqui neste nosso grupo, ainda que não seja reabilitação propriamente dita, é algo que está ajudando na melhoria da qualidade de vida dela.

Por um outro lado, devemos analisar como fica a questão da frustração dela, na hora do jogo, ou nas atividades em que ela não pode fazer como o grupo faz ... se ela se satisfaz de ver as pessoas fazendo..." (sic)

Dentro de uma perspectiva de trabalho mais individualizada, ao passo em que obtém-se o crescimento do vínculo entre profissional e o aluno, gerando maior confiança no trabalho, com maior participação e iniciativa, há um desgaste desta relação pelo aumento de vínculo pessoal, que acaba por afetar o andamento de um trabalho onde a reabilitação não assume papel principal.

CONCLUSÃO

No estudo deste caso nota-se uma facilitação do trabalho por conta do intercâmbio fisioterapia/educação física proporcionando ao indivíduo, uma "aula" mais acessível e um momento de "terapia" mais agradável, o que viabiliza sua participação no grupo.

Buscando avaliar o trabalho desenvolvido no decorrer de aproximadamente três anos, pudemos notar o quanto é difícil o resgate de fatores como a sociabilização, ludicidade, potencialidade e autonomia no trabalho com um grupo de tal heterogeneidade, no entanto, não acreditamos que a exclusão de um indivíduo com deficiência mais severa venha a facilitar.

A participação de um indivíduo nas atividades em grupo traz como vantagens, a descoberta de dificuldades comuns, descontração, facilitando o confronto com suas próprias limitações.

O trabalho individual propicia a oportunidade de se trabalhar pontos mais específicos e explorar mais os limites, bem como desenvolver a necessidade do resgate da potencialidade. Numa doença degenerativa como a esclerose múltipla predominam objetivos como manutenção das condições físicas, preservação de funções e prevenção de acometimentos futuros.

Dentro de uma perspectiva de trabalho mais individualizada, ao passo em que obtem-se o crescimento do vínculo entre profissional e o aluno, gerando maior confiança no trabalho, com maior participação e iniciativa, há um desgaste desta relação pelo aumento do vínculo pessoal, que acaba por afetar o andamento de um trabalho onde a reabilitação não assume papel principal.

No estudo deste caso nota-se uma facilitação do trabalho por conta do intercâmbio fisioterapia/educação física proporcionando ao indivíduo, uma "aula" mais acessível e um momento de "terapia" mais agradável; o que viabiliza sua participação no grupo.

- GILROY, J. MEYER, J. S. NEUROLOGIA MEDICA . Rosario-Argentina, Editora La Médica, 1974 - Traducción al castellano por: Dr. José M. Citaristi Martínez, 209 p.

- KATZ, J. P., FOCH, G. F. NEUROLOGIA 3ª ed., Buenos Aires - Argentina, Editora Larousse Editor

BIBLIOGRAFIA:

- JENNETT, H. H., TRATADO DE NEUROLOGIA 7ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1985, 767 p. - Tradução Hildegard Thiemann Bokrup

- ADAMS, R. C., DANIEL, A. N., MC CUBBIN, J. A., RULLMAN, L. , JOGOS, ESPORTES E EXERCÍCIOS PARA O DEFICIENTE FÍSICO. 3 ed., São Paulo - S.P. , Editora Manole Ltda., 1985, 461 p.
1990, Traduzido por Vilma R. Souza Varga, 283 p.

- BRAIN, W. R. ENFERMEZAS DEL SISTEMA NERVIOSO . 2º ed., Buenos Aires - Argentina, Libreria "El Ateneo" Editorial , 1965 -Traducción al castellano por Marcos Turner

- CAMBIER, J. , DEHEN, H., MASSON, M. MANUAL DE NEUROLOGIA ., 2º ed., São Paulo - S.P., Ed. Masson do Brasil Ltda , 1983 - Traduzido por Maria Cristina R. Barbosa, Nelly Yvone Berchtold, Ruth Rissin Jozef e Silvia Levy, 537 p.

- DOWNIE, P. A., CASH-NEUROLOGIA PARA FISIOTERAPEUTAS. 4ºed., São Paulo - S.P., Editorial Médica Panamericana, 1987, 454 p.

- FAZENDA, I. C. A. INTERDISCIPLINARIEDADE: HISTÓRIA, TEORIA E PESQUISA. Campinas - S.P., Ed. Papirus, 1994, 143 p.

- GILROY, J., MEYER, J. S. . NEUROLOGIA MÉDICA . Rosario-Argentina , Editorial La Medica ,1974 - Traducción al castellano por: Dr. Jose M. Gutierrez Marquez . 965 p.

- KÄFER, J. P., POCH, G. F.. NEUROLOGIA . 3º ed., Buenos Aires - Argentina, López Libreros Editores ,1977 ,983 p.

- MERRITT, H. H., TRATADO DE NEUROLOGIA. 7ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986, 787 p. - Tradução Hildegard Thiemann Backup.

- OKAMOTO, G. A., PHILLIPS, T. J., MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO - PRINCÍPIOS BÁSICOS. São Paulo - S.P., Editora Manole, 1990, Traduzido por Vilma R. Souza Varga, 288 p.