

CONCEITOS INTRODUTÓRIOS

INCLUSÃO

A EVOLUÇÃO DA INCLUSÃO

EDUCAÇÃO

EDUCAÇÃO ESPECIAL

ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

PREVALÊNCIAS DE ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

A SITUAÇÃO EM PORTUGAL

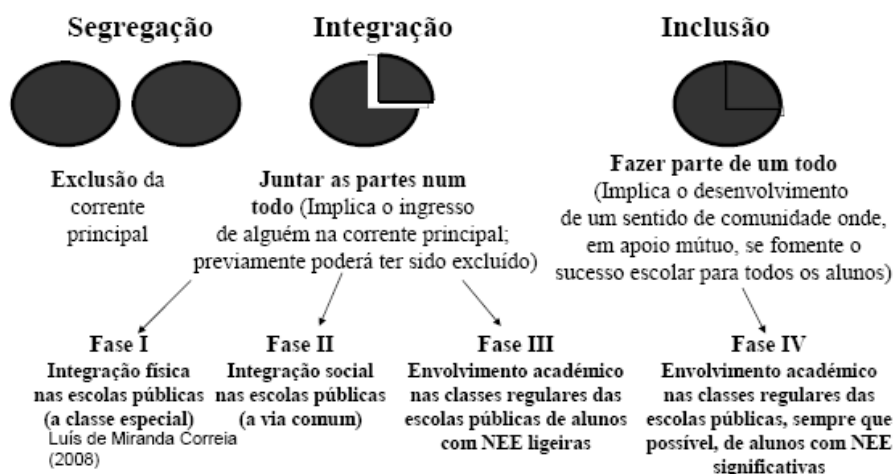
LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

INCLUSÃO

“Inserção do aluno com Necessidades Educativas Especiais (NEE) na classe regular onde, sempre que possível, deve receber todos os serviços educativos adequados, contando-se, para esse fim, com o apoio apropriado (de docentes especializados, de outros profissionais, de pais...) às suas características e necessidades.” (Correia, 1997)

A EVOLUÇÃO DA INCLUSÃO

Correia (1997) sintetiza a evolução da integração da seguinte forma:



EDUCAÇÃO

“Processo de aprendizagem e de mudança que se opera num aluno através do ensino e de quaisquer outras experiências a que ele é exposto nos ambientes onde interage.” (Correia, 1997)

EDUCAÇÃO ESPECIAL

“Conjunto de serviços de apoio especializados destinados a responder às necessidades especiais do aluno com base nas suas características e com o fim de maximizar o seu potencial. Tais serviços devem efectuar-se, sempre que possível, na classe regular e devem ter por fim a prevenção, redução ou supressão da problemática do aluno, seja ela do foro mental, físico ou emocional e/ou a modificação dos ambientes de aprendizagem por forma a que ele possa receber uma educação apropriada às suas capacidades e necessidades.” (Correia, 1997)

ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Segundo Correia (2008c), podemos distribuir os alunos com necessidades especiais em 3 grupos:

- Risco educacional
- Sobredotação
- Necessidades Educativas Especiais (NEE)

ALUNOS EM RISCO EDUCACIONAL

“Os *alunos em risco educacional* são aqueles que, devido a um conjunto de factores tal como o álcool, drogas, gravidez na adolescência, negligência, abusos, ambientes socioeconómicos e socioemocionais mais desfavoráveis, entre outros, podem vir a experimentar insucesso escolar. Estes factores, que de uma maneira geral não resultam de imediato numa “discapacidade” ou problemas de aprendizagem, caso não mudem ou sejam atendidos através de uma intervenção adequada, podem constituir um sério risco para o aluno, em termos académicos e sociais.” (Correia, 2008c)

ALUNOS SOBREDOTADOS

“As crianças e os adolescentes sobredotados são aqueles identificados por pessoas qualificadas profissionalmente que, devido a um conjunto de aptidões excepcionais, são capazes de atingir um alto rendimento. Essas crianças e adolescentes requerem programas e/ou serviços educativos específicos, dentro da designada “Educação para a sobredotação”, diferentes daqueles que os programas escolares normais proporcionam, para que lhes seja possível maximizar o seu potencial no sentido de virem a prestar uma contribuição significativa, quer em relação a si mesmos, quer em relação à sociedade em que se inserem.” (Correia, 2008c)

Renzulli (1979, cit. in Correia, 2008c) afirma que a sobredotação deve congrega pelo menos 3 factores essenciais:

- Uma capacidade mental superior à média
- Uma grande força de vontade traduzida por um superior envolvimento na tarefa (motivação)
- Uma capacidade criativa elevada que permita ao indivíduo produzir, visualizar, dramatizar ou ilustrar superiormente uma ideia

NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS (NEE)

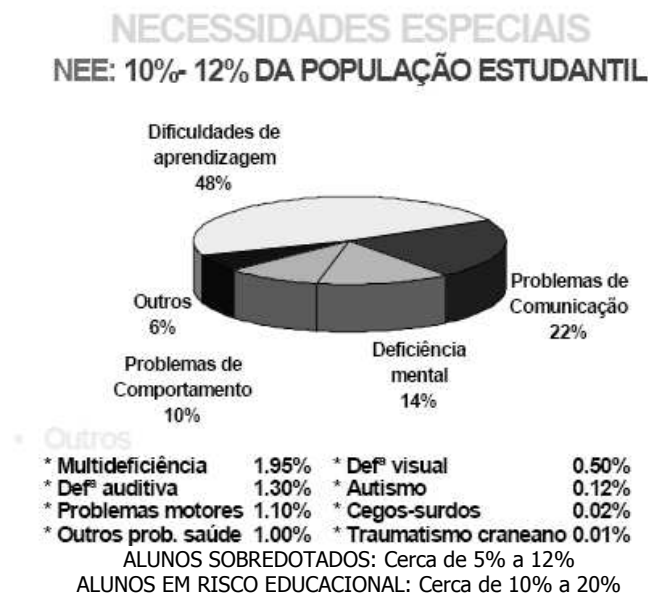
Uma das definições de NEE, Correia (1997), comumente usada no nosso país, diz-nos o seguinte:

“Os alunos com necessidades educativas especiais são aqueles que, por exibirem determinadas condições específicas, podem necessitar de apoio de *serviços de educação especial* durante todo ou parte do seu percurso escolar, de forma a facilitar o seu desenvolvimento *académico, pessoal e socioemocional*.”

Ainda na óptica do mesmo autor, por condições específicas entende-se:

“O conjunto de problemáticas relacionadas com autismo, surdocegueira, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência mental, deficiência motora, perturbações emocionais graves, problemas de comportamento, *dificuldades de aprendizagem*, problemas de comunicação, traumatismo craniano, multideficiência e outros problemas de saúde. As condições específicas são identificadas através de uma avaliação compreensiva, feita por uma **equipa multidisciplinar**, também por nós designada por **equipa de programação educativa individualizada** (EPEI).”

PREVALÊNCIAS DE ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS



(Correia, 2008a)

A SITUAÇÃO EM PORTUGAL

Estimativa do nº de alunos com NEE com apoio de serviços de educação especial.

Nº alunos	Prevalência das NEE em Portugal (estimativa com base nos valores internacionais / 10 - 12%)	Alunos com NEE apoiados (3,76%)	Estimativa do nº de alunos com NEE não apoiados em Portugal (6,24 - 8,24%)
1 463 681	146 368 - 175 641	54 979	91 389 – 120 662

(Correia, 2008a)

LEGISLAÇÃO PORTUGUESA

- Constituição da República Portuguesa
- Lei de Bases do Sistema Educativo
- Decreto-Lei 3/2008, de 7 de Janeiro
- Portaria 891/99

CARÁCTER SENSORIAL

DEFICIÊNCIA VISUAL

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA VISUAL

CEGUEIRA E BAIXA VISÃO

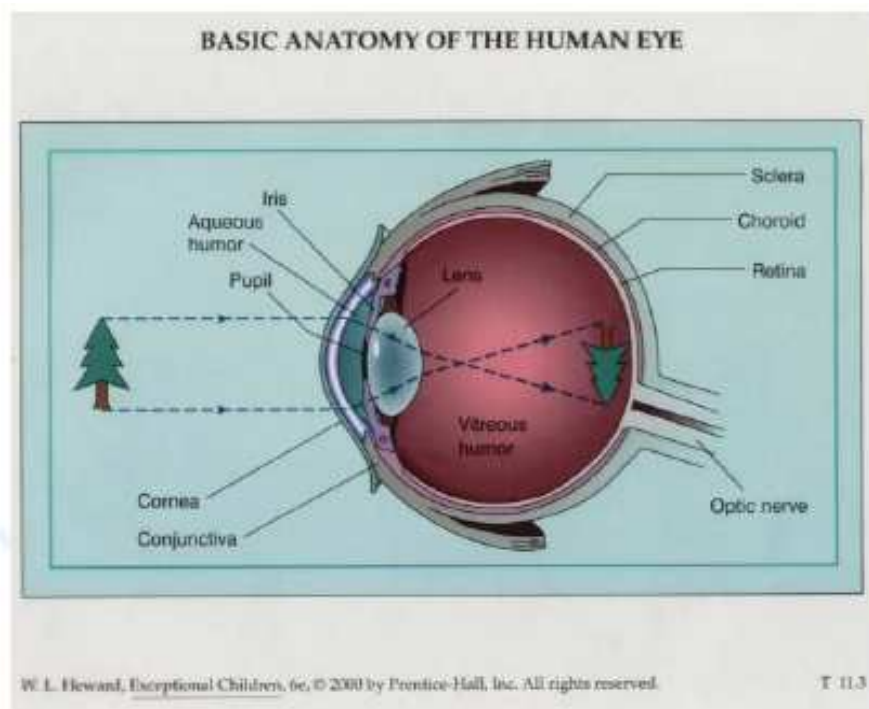
TIPOS DE PROBLEMAS DE VISÃO

AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL

INDICADORES DE POSSÍVEIS PROBLEMAS VISUAIS

RECURSOS MATERIAIS NA DEFICIÊNCIA VISUAL

COMO LIDAR COM OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL



(Serrano, 2008)

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA VISUAL

Na óptica de Correia (2008c), a Deficiência Visual diz respeito a “uma incapacidade de visão significativa ou total que, mesmo depois de corrigida, afecta negativamente

a realização escolar da criança. O termo inclui dois grandes grupos de crianças – as cegas e as portadoras de visão parcial ou reduzida (em Portugal usa-se, por vezes, o termo ambliope para designar este grupo).

De acordo com o Ministério da Educação português (2002, cit. in Correia, 2008c), do ponto de vista clínico, um indivíduo pode ser considerado deficiente visual quando apresenta significativas limitações:

- 1) Na acuidade visual
- 2) No campo visual

Entende-se por **acuidade visual** a capacidade que a pessoa tem para perceber e discriminar pormenores de um objecto a uma determinada distância.

Entende-se por **campo visual** a distância angular que o olho consegue abranger, sendo o da pessoa normovisual de cerca de 180° sem mover a cabeça.

CEGUEIRA E BAIXA VISÃO

Deste modo, e tendo em conta a opinião de Correia (2008c), dividimos a deficiência visual em duas partes distintas:

Cegueira: Acuidade visual binocular corrigida entre 1/20 e 1/50 ou com um campo visual com ângulo $< 10^\circ$ ($N=180^\circ$).

- Ausência total de visão ou simples percepção luminosa.

Baixa Visão: parcial (acuidade visual no melhor olho e com correcção entre 1/10 e 3/10 e sem problemas no campo visual).

- Residual (acuidade visual $< 1/10$ e um campo visual $< \text{ou} = 20^\circ$).
- Apesar das limitações usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planeamento e ou execução de uma tarefa.

TIPOS DE PROBLEMAS DE VISÃO

Martín & Ramírez (2003) distribuem os principais tipos de problemas de visão da seguinte forma:

Anomalias que afectam a córnea

CERATITE

DISTROFIAS CORNEANAS

CERATOCONE

Anomalias que afectam a úvea

ALBINISMO

ANIRIDIA

COLOBOMA (DA ÍRIS, DA CORÓIDE, ...)

Anomalias que afectam o cristalino

CATARATAS CONGÉNITAS

AFACIA CIRÚRGICA POR CATARATA CONGÉNITA SUBLUXAÇÃO DO CRISTALINO

Anomalias que afectam a retina

CORIORRETINITE
ACROMATOPSIA
DEGENERAÇÃO MACULAR
DESPRENDIMENTO DE RETINA
FIBROPLASIA RETROLENTAL
RETINOPATIA DIABÉTICA
RETINOSE PIGMENTAR

Anomalias que afectam o nervo óptico

ATROFIA ÓPTICA

Anomalias que afectam a pressão intra-ocular

GLAUCOMA

Anomalias que afectam a mobilidade ocular

NISTAGMO
ESTRABISMO

Anomalias de refração ocular

HIPERMETROPIA
MIOPIA
ASTIGMATISMO

AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL

No esquema que se segue podemos visualizar, segundo Serrano (2008), uma síntese da avaliação da deficiência visual:

MÉDICA

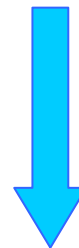
- Profissionais da saúde



- Acuidade visual
- Campo Visual

EFICIÊNCIA

- Entrevistas aos pais
- Educadores e professores



Modo como a criança utiliza a sua visão
Avaliação funcional da visão

INDICADORES DE POSSÍVEIS PROBLEMAS VISUAIS

Em seguida apresentam-se indicadores de possíveis problemas de visão mencionados por Ruiz, Molina, Bueno, & Lara (2003).

Na aparência dos olhos

- Vesguear (para dentro ou para fora), quando está cansado
- Olhos ou pálpebras avermelhados
- Olhos aquosos
- Pálpebras afundadas
- Treçolhos frequentes
- Pupilas nubladas ou muito abertas
- Olhos em constante movimento
- Pálpebras caídas

No comportamento da criança

- Corpo rígido ao ler ou olhar para um objecto distante
- Inclinar a cabeça para a frente ou para trás ao olhar para objectos distantes
- Giro da cabeça para usar um só olho
- Inclinação lateral da cabeça
- Colocação da cabeça muito próximo do livro ao ler ou escrever, manter o material muito perto ou muito longe
- Franzir constantemente as sobrancelhas ao ler ou escrever
- Piscar os olhos em excesso
- Esfregar excessivamente os olhos
- Fechar, cobrir uma vista ou inclinar a cabeça
- Falta de gosto pela leitura ou falta de atenção
- Fadiga incomum ao terminar uma tarefa visual
- Uso do dedo ou lápis como guia
- Não gosta, evita, pestaneja muito, tem dificuldade em actividades que requerem a utilização da visão
- Esbarra em objectos

Nas queixas da criança associadas ao uso dos olhos

- Dores de cabeça
- Náuseas ou vertigens
- Ardor ou coceira nos olhos
- Visão turva a qualquer momento
- Dores oculares

COMO LIDAR COM OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL

A Associação de Cegos Louis Braille enuncia algumas estratégias para lidar com pessoas portadoras de deficiência visual, das quais destacamos:

- Ofereça ajuda a uma pessoa cega se lhe parecer que ela está a necessitar. Só deve agir com a sua concordância.
- Pergunte antes de agir. Se não sabe como ajudar, peça explicações de como fazê-lo.
- Para guiar uma pessoa cega, esta deve segurar-lhe pelo braço, de preferência no cotovelo ou no ombro. Não a pegue pelo braço: além de perigoso, pode assustá-la. À medida que vai encontrando degraus e outros obstáculos, vá orientando. Em lugares muito estreitos para duas pessoas caminharem lado a lado, coloque o seu braço para trás de modo que a pessoa cega possa segui-lo.
- Ao sair de uma sala, informe o(a) cego(a); é desagradável para qualquer pessoa falar para o vazio.
- Não evite palavras como "cego", "olhar" ou "ver", os(as) cegos(as) também as usam.
- Ao explicar direcções para uma pessoa cega, seja o mais claro e específico possível. Não se esqueça de indicar os obstáculos que existem no caminho. Como algumas pessoas cegas não têm memória visual, não se esqueça de indicar as distâncias em metros (por exemplo: "uns vinte metros para a frente"). Mas se não sabe como orientar uma pessoa cega, diga algo do género: "eu gostaria de ajudar, mas como é que devo descrever as coisas?", ele(a) lhe dirá.
- Ao guiar um(a) cego(a) para uma cadeira, guie a sua mão para o encosto da mesma, e informe, se a cadeira tem braços ou não.
- Num restaurante, é de boa educação que você leia o cardápio e os preços.
- Uma pessoa cega deve ser tratada com o mesmo respeito que os "não cegos".

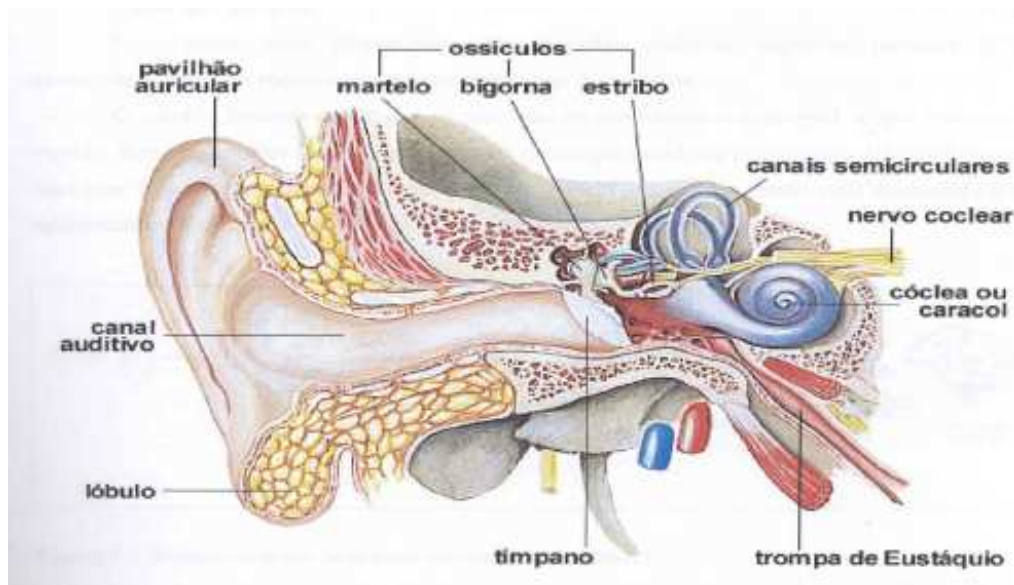
CARÁCTER SENSORIAL

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

CAUSAS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

O PROFESSOR NA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS AUDITIVOS



(Serrano, 2008)

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Na opinião de Correia (2008c), "numa perspectiva clínica, ser surdo significa apresentar uma deficiência auditiva resultante de lesão no aparelho auditivo que se traduz na impossibilidade de ouvir ou na dificuldade em ouvir determinados sons. Numa perspectiva sociocultural, assumidas pelas comunidades surdas, ser surdo significa pertencer a uma comunidade minoritária linguística e cultural. Existem perdas auditivas de carácter definitivo."

Correia (2008c), refere ainda que o termo técnico para designar surdez ou perda auditiva é hipoacusia. As perdas de audição definem-se segundo o seu tipo e grau. Existem três tipos de surdez:

- de transmissão, referente a um problema do ouvido médio e/ou externo, na maioria dos casos temporária;
- neuro-sensorial, referente a um problema do ouvido interno e/ou nervo auditivo, de carácter definitivo;

- mista, referente a uma conjugação dos dois tipos de perda.

O grau de surdez é definido em:

- ligeiro, perda media entre 40 e 69 db);
- moderado ou médio (perda media de 70 a 99 db);
- profundo (perda superior a 100 db).

Surdez – A pessoa surda não é capaz de utilizar a audição para compreender a fala.

- Mesmo com aparelho, a perda auditiva é tão grande que torna a criança surda incapaz de compreender a fala através do ouvido.
- Embora alguns sons possam ser percebidos através da *audição residual*, a criança utiliza a visão como primeira modalidade para a aprendizagem e comunicação.

Hipoacusia – É uma perda auditiva que torna necessárias, algumas adaptações.

- Compreende e responde à fala e a outros estímulos auditivos, geralmente com a ajuda do aparelho auditivo.
- As aptidões de linguagem e da fala, embora possam revelar um atraso ou ser deficientes, desenvolvem-se sobretudo através do canal auditivo.

(Correia, 2008c)

CAUSAS DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

No site “Entre Amigos - Rede de Informações Sobre Deficiência”, podemos encontrar algumas causas para a deficiência auditiva:

São várias as causas que levam à deficiência auditiva. A deficiência auditiva condutiva, por exemplo, tem como um dos factores o acumular de cera no canal auditivo externo, gerando perda na audição. Outra causa é as otites. Quando uma pessoa tem uma infecção no ouvido médio, essa parte do ouvido pode perder ou diminuir a sua capacidade de "conduzir" o som até o ouvido interno.

No caso da deficiência neurossensorial, há vários factores que a causam, um deles é o genético. Algumas doenças, como rubéola, varíola ou toxoplasmose, e medicamentos tomados pela mãe durante a gravidez podem causar rebaixamento auditivo no bebé.

Uma criança ou adulto com meningite ou sarampo também pode ter como sequela a deficiência auditiva. Infecções nos ouvidos, especialmente as repetidas e prolongadas e a exposição frequente a barulho muito alto também podem causar deficiência auditiva.

Embora tenham sido identificados mais de cem causas para a perda auditiva, a causa exacta é desconhecida para 50% das crianças.

O PROFESSOR NA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS AUDITIVOS

Na sala de aula, Stephans, Blackhurst & Maglioca, (1982, cit. in Serrano, 2008), destacam alguns problemas auditivos que podem ser identificados pelo professor:

- Parecem existir queixas relacionadas com os ouvidos?
- Existe uma articulação deficitária de sons, especialmente a omissão de consoantes?
- Quando estão a ouvir rádio ou televisão o aluno levanta o som de tal forma alta que os outros se queixam?
- O aluno vira a cabeça para o local do som num esforço aparente para escutar melhor?
- O aluno pede para repetir frequentemente o que acabou de ser dito?
- O aluno parece desatento e não responde frequentemente quando se lhe fala num tom de voz normal?
- O aluno mostra-se relutante em participar em actividades orais?

CARÁCTER EMOCIONAL

PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS OU DO COMPORTAMENTO

PERTURBAÇÕES EMOCIONAIS OU DO COMPORTAMENTO

Para Correia (2008c), o termo descreve uma condição que exhibe uma ou mais das seguintes características durante um longo período de tempo e numa extensão tal que afecta negativamente a realização escolar da criança:

- a) Incapacidade inexplicável para a aprendizagem, que não pode ser explicada por factores intelectuais, sensoriais e de saúde;
- b) Incapacidade para iniciar ou manter relações interpessoais satisfatórias com os seus pares e professores;
- c) Comportamentos ou emoções inapropriadas em circunstâncias normais;
- d) Estado geral de infelicidade ou de depressão;
- e) Tendência para desenvolver sinais físicos ou medos associados ao pessoal ou aos problemas da escola.

O termo incluiu a esquizofrenia. O termo não se aplica a crianças socialmente mal ajustadas, a não ser que se determine que apresentam distúrbios emocionais. (Individuals disabilities Education Act/IDEA, 1997)

CARÁCTER MENTAL

DEFICIÊNCIA MENTAL/PROBLEMAS INTELLECTUAIS

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

DEFINIÇÕES IMPORTANTES NA DEFICIÊNCIA MENTAL

COGNIÇÃO E APRENDIZAGEM NA DEFICIÊNCIA MENTAL

SISTEMAS DE APOIO NA DEFICIÊNCIA MENTAL

DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Segundo Luckasson et al. (1992), a deficiência mental refere-se a limitações substanciais na funcionalidade actual. É caracterizada por um significativo funcionamento intelectual abaixo da média (QI entre 70 a 75 ou abaixo), que geralmente coexiste com limitações em duas ou mais das seguintes áreas do comportamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, tarefas domésticas, competências sociais, utilização dos serviços da comunidade, autonomia, saúde e segurança, competências académicas funcionais, lazer e trabalho. A deficiência mental manifesta-se antes dos 18 anos.

Esta definição de Luckasson implica que sejam respeitados os seguintes princípios:

- A avaliação tem de ter em devida conta a diversidade cultural e linguística, e as diferenças entre diferentes grupos nos aspectos da comunicação e do comportamento;
- A determinação de limitações em competência adaptativas tem de respeitar as características do contexto comunitário de que a criança faz parte e os apoios ou oportunidades de aprendizagem que lhe foram proporcionados;
- Muito frequentemente, pode acontecer que, a par de limitações adaptativas específicas, existam potencialidades em outras áreas adaptativas ou capacidades pessoais;
- Geralmente, o funcionamento da pessoa com deficiência mental melhora se lhe forem proporcionados apoios adequados durante um período de tempo continuado.

DEFINIÇÕES IMPORTANTES NA DEFICIÊNCIA MENTAL

Tomando por base Luckasson et al, (1992), vamos definir alguns conceitos que nos parecem importantes quando falamos de deficiência mental.

Capacidade adaptativa

Eficácia ou grau, segundo os quais o indivíduo realiza os padrões de independência pessoal e de responsabilidade social esperado para o seu grupo etário ou/ e grupo cultural.

Comunicação

Comportamentos relacionados com a compreensão e a expressão de linguagem verbal e não verbal.

Autonomia pessoal

Comportamentos de higiene/alimentação/vestir/despir.

Autonomia em casa

Comportamentos relacionados com trabalhos domésticos: cuidar da roupa, arranjos, preparação e confecção da comida, compras, etc. Comportamentos relacionados com a orientação em casa, nas redondezas, comunicação de escolhas e necessidades, interacção social e aplicação das aprendizagens académicas em casa.

Competências sociais

Comportamentos relacionados com trocas sociais, incluindo a iniciação, a manutenção e a finalização de interacções com outras pessoas, o controlo da impulsividade, o fazer escolhas, o conviver de acordo com leis e as regras sociais, o saber partilhar, etc.

Autonomia na comunidade

Comportamentos relacionados com a utilização adequada de recursos comunitários, incluindo viajar em transportes públicos, fazer compras, ir à escola, livrarias, parques, igreja, teatro, cinema, ou outros eventos, culturais, etc.

Auto-direcção

Comportamentos relacionados com tomar decisões, fazer escolhas; aprender e seguir um horário, resolver problemas do seu meio familiar; mostrar comportamentos assertivos.

Saúde e segurança

Capacidades relacionadas com a manutenção da própria saúde, em termos de uma alimentação saudável, de identificação, tratamento e prevenção de doenças; de realização de actividade física; princípios básicos de primeiros socorros; sexualidade; medicina dentária; regras básicas de segurança; protecção e acções criminosas.

Funcionamento académico

Capacidades cognitivas e comportamentais relacionadas com as aprendizagens escolares que também têm aplicação directa na vida do dia-a-dia (funcionalidade).

Lazer

Capacidades relacionadas com o desenvolvimento de interesses de lazer e de actuação nos locais onde as actividades decorrem.

Emprego

Capacidades relacionadas com o como manter um emprego a tempo inteiro ou parcial, aspectos específicos do trabalho, sociais, horário, finanças, etc.

COGNIÇÃO E APRENDIZAGEM NA DEFICIÊNCIA MENTAL

Smith, (1998, cit. in Martins, 2008), enumera alguns aspectos relativamente à cognição e aprendizagem na deficiência mental:

- Tarefas simples são difíceis de aprender
- Dificuldade em efectuar novas aprendizagens
- Dificuldade em generalizar
- Pouca capacidade para aprendizagens, "acidentais"- não planeadas
- Aprendizagem mais lenta
- Dificuldade em comportamentos complexos e abstractos
- Dificuldade em seleccionar os aspectos relevantes

SISTEMAS DE APOIO NA DEFICIÊNCIA MENTAL

«Recursos e estratégias que promovem o interesse e a motivação das crianças/jovens com e sem NEE. Estes apoios permitem que as crianças/jovens tenham acesso a recursos inerentes aos ambientes onde interagem; resultando num aumento da sua independência, produtividade, integração, e satisfação» (Luckasson et al., 1992).

Ainda segundo Luckasson, emergem daqui algumas questões importantes relativamente aos sistemas de apoio na deficiência mental.

NATUREZA DOS SISTEMAS DE APOIO

Apoios naturais: recursos do próprio, da criança/jovem com DM - família, os amigos, e os vizinhos.

Gratuitos: os comuns apoios da comunidade vizinha, tais como clubes de recreação, centros de dia.

Apoios genéricos: aqueles a que todos temos direito ao acesso, tal como transportes públicos, ou serviços do estado (Ex: autocarro adaptado).

Apoios especializados: aqueles específicos da NEE, tais como terapias, serviços sociais, médicos, psicológicos, formação profissional, intervenção precoce, educação especial, etc.

INTENSIDADE DOS APOIOS

Intermitente: Na base do necessário. Caracterizados pela natureza episódica e descontínua. O aluno nem sempre necessita do apoio; ou apenas necessita em períodos específicos de transição.

Limitado: Caracterizado por uma certa consistência ao longo do tempo; limitado no tempo.

Extensivo: Apoios que denotam um envolvimento regular (diário), pelo menos nalguns contextos específicos (casa, escola, trabalho,..), não se encontrando definido o período de tempo de aplicação.

Permanente: Apoios caracterizados pela constância e pela alta intensidade; sendo o estilo permanente e denotando uma maior intrusão do que os restantes.

RECURSOS

- Profissionais
- Outras pessoas
- Tecnologia
- Serviços

FUNÇÕES

- Amizades
- Ensino
- Planeamento financeiro
- Emprego
- Comportamento
- Saúde
- Assistência em casa
- Acesso e uso de recursos da comunidade

FINALIDADES

- Aumento do nível das competências adaptativas / capacidades funcionais.
- Maximização dos objectivos habilitativos relacionados com o bem-estar físico, psicológico ou funcional, e com a saúde.
- Aumento da participação na comunidade: presença, escolha, competência, respeito, e contribuição.

CARÁCTER MOTOR

PARALISIA CEREBRAL

DEFINIÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL

ETIOLOGIA DA PARALISIA CEREBRAL

CARACTERÍSTICAS MOTORAS NA PARALISIA CEREBRAL

INCIDÊNCIA TOPOGRÁFICA

POSSÍVEIS PROBLEMAS ASSOCIADOS

DEFINIÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL

«Conjunto de desordens caracterizadas por disfunções de carácter neurológico e muscular que afectam a mobilidade e o controlo motor. O termo cerebral reporta-se às funções do cérebro e o termo paralisia às desordens de movimento e de postura» (Nielsen, 1999, p.95, cit. in Martins, 2008).

Desordem, permanente, mas não imutável, do movimento e da postura, provocada por uma lesão cerebral, que geralmente ocorre antes, durante ou logo após o nascimento (National Information Center for Children and Youth with Handicaps, 1991; Rodrigues, 1989, cit. in Martins, 2008).

ETIOLOGIA DA PARALISIA CEREBRAL

Factores pré-natais (1%): predisposição familiar, infecções (rubéola, citomegalovirus, toxoplasmose), trauma físico,...

Factores peri-natais (95%): trauma físico, anóxia, hemorragia intracraniana...

Factores pós-natais (4%): trauma físico, infecção (ex: meningite), acidentes vasculares, anóxia, tumores...

(Heward, 2000; Rodrigues, 1989; e Schleickorn 1993, cit. in Martins, 2008)

CARACTERÍSTICAS MOTORAS NA PARALISIA CEREBRAL

(ESPASTICIDADE, ATETOSE, ATAXIA)

Espasticidade (50-60%)

(desordem piramidal)

- Desarmonia de movimentos voluntários
- A coordenação agonista - antagonista encontra-se afectada

- O aluno apresenta um movimento, voluntário, lento e explosivo, mas organizado
- Linguagem explosiva, com longas pausas

Atetose (20%)

(desordem dos gânglios basais)

- Disfunção dos reflexos posturais
- Movimentos involuntários desritmados, que dificultam a realização harmoniosa de movimentos voluntários
- Extrema amplitude de movimentos (fixação das articulações)
- Níveis tónicos flutuantes
- Ligeiros problemas de articulação, ou ausência de linguagem falada

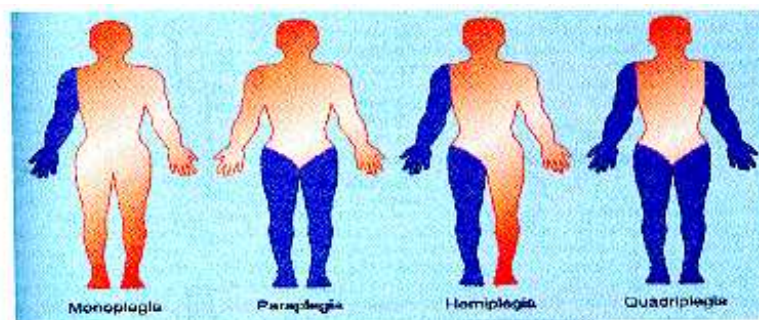
Ataxia (1-10%)

(desordem do cerebello)

- Descoordenação de movimentos, marcha alargada, com frequentes problemas de equilíbrio, descoordenação global e tremor a acompanhar os movimentos voluntários (instabilidade de movimentos/desadequação face às solicitações do meio)

(Heward, 2000; Rodrigues, 1989; e Schleichkorn 1993, cit. In Martins, 2008)

INCIDÊNCIA TOPOGRÁFICA



Monoplegia: um membro está afectado (S/I)

Paraplegia: as pernas estão afectadas

Hemiplegia: um lado do corpo está afectado (D/E)

Quadriplegia: as pernas e os braços estão afectados

(Heward, 2000; Smith, 1998; Rodrigues, 1989; e Smith et al., 1995, cit. In Martins, 2008)

POSSÍVEIS PROBLEMAS ASSOCIADOS

Martins, (2008) enumera alguns problemas associados:

- Sensoriais e perceptivos
- Epilepsia
- Cognitivos

- Comportamentais/emocionais
- Aprendizagem

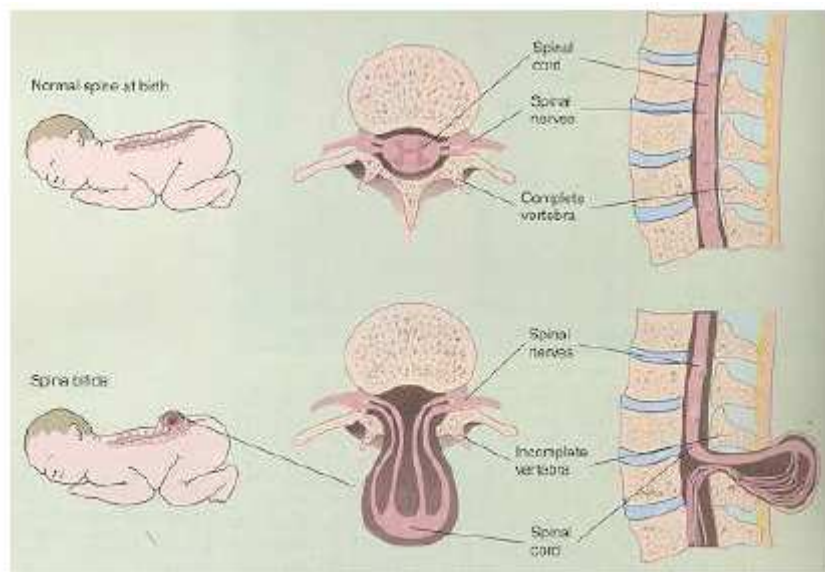
ESPINHA BÍFIDA

DEFINIÇÃO DE ESPINHA BÍFIDA

TIPOS DE ESPINHA BÍFIDA

PREVENÇÃO DA ESPINHA BÍFIDA

HIDROCEFALIA



DEFINIÇÃO DE ESPINHA BÍFIDA

“Condição, caracterizada por uma malformação congênita da coluna vertebral durante o desenvolvimento fetal, resultante do encerramento anormal do tubo neural.” (Hallahan & Kauffman, 2003; Heward, 2000, cit. in Martins, 2008)

TIPOS DE ESPINHA BÍFIDA

Segundo Hallahan & Kauffman, (2003) & Heward, (2000), cit. in Martins, (2008) existem 3 tipos de Espinha Bífida:

Oculto - pode não causar qualquer sintomatologia e caracteriza-se por apenas envolver a coluna vertebral, sendo que não há envolvimento da medula e das meninges. É o tipo menos grave e o mais comum: uma ou mais vértebras não se formam normalmente, mas a espinha-medula e as camadas de tecido (meninges) que a rodeiam não emergem. No local podem observar-se uma madeixa de pêlos, uma cavidade ou uma área pigmentada.

Meningocele e Mielomeningocele – surgem como uma estrutura semelhante a uma saliência na coluna na altura do nascimento.

No primeiro caso há saída dos revestimentos da medula, isto é, as meninges (3 membranas que envolvem todo o SNC. No segundo caso, pela saída, para além das meninges, da própria medula.

TRATAMENTO DA ESPINHA BÍFIDA

Relativamente ao tratamento da Espinha Bífida Martins (2008) afirma o seguinte:

O tratamento desta afecção implica, geralmente, o recurso à cirurgia, para se fazer o encerramento da abertura, preservando a função da espinal medula e reduzindo o risco de infecção. Esta cirurgia realiza-se, geralmente, nos primeiros dias de vida, pois quanto mais precoce maior é a probabilidade de preservar a função da medula. Frequentemente serão necessárias cirurgias adicionais e grandes cuidados médicos ao longo de toda a vida.

Nos casos mais severos de espinha bífida, o bebé é operado 24 horas após o nascimento. A cirurgia para minimizar o risco de infecção e para preservar as funções da medula.

No caso da meningocele que não envolve a medula, pode ser reparado cirurgicamente, sem paralisia.

A espinha bífida oculta, na maior parte dos casos não requer tratamento.

Para além destas intervenções, as crianças com esta afecção têm de ser educadas, de modo a aprenderem a viver com as suas limitações, aprendendo a utilizar a cadeira de rodas ou muletas, para melhorar a sua mobilidade. Há, também, caso seja necessário, que intervir sobre o controlo dos esfíncteres, para que elas se tornem mais independentes.

Possíveis problemas associados:

- Problemas de sensibilidade/motores em determinadas partes do corpo (abaixo da lesão)
- Hidrocefalia

PREVENÇÃO DA ESPINHA BÍFIDA

Suplementação com ácido fólico durante a fase inicial da gravidez reduz dramaticamente a incidência da espinha bífida e dos outros defeitos do tubo neural (iniciada antes da concepção, quando possível).

Alimentação equilibrada (alguns vegetais, gema de ovo e alguns frutos e seus sumos e em cereais e no pão, que são sinteticamente fortificados com esta substância).

Suplemento vitamínico.

(Smith, 1998; Hardman, Egan e Drew, 1996; e Cuberos, et al., 1991, cit. in Martins, 2008)

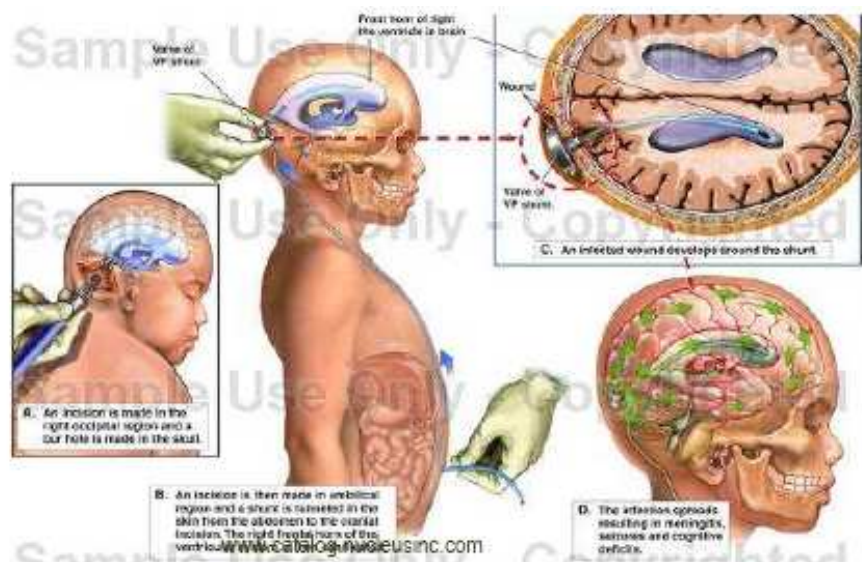
HIDROCEFALIA

Acumulação de líquido cefalorraquidiano no cérebro

“Derivação: A derivação coloca-se entre os ventrículos cerebrais e desde a cabeça vai por baixo da pele até à cavidade abdominal ou, ocasionalmente, até outro ponto. Esse dreno contém uma válvula que permite que o líquido saia do cérebro se a pressão aumentar demasiado. Mesmo que algumas crianças não necessitem dele quando crescem, uma vez colocado, geralmente não se retira.” (Smith, 1998; Hardman, Egan e Drew, 1996; e Cuberos, et al., 1991, cit. in Martins, 2008)

Líquido cefalorraquidiano

“Líquido incolor que tem na sua composição água com traços de proteína, glicose, linfócitos e algumas hormonas. O líquido formado diariamente é quase todo reabsorvido para o sangue. A sua função principal é... Almofadar o SNC, de forma a protegê-lo contra possíveis traumas.” (Smith, 1998; Hardman, Egan e Drew, 1996; e Cuberos, et al., 1991, cit. in Martins, 2008)



DISTROFIA MUSCULAR

DEFINIÇÃO DE DISTROFIA MUSCULAR

ETIOLOGIA DA DISTROFIA MUSCULAR

DEFINIÇÃO DE DISTROFIA MUSCULAR

Termo utilizado para englobar um conjunto de problemas (genéticos) musculares. Enfraquecimento e incapacidade, progressiva, de utilização do músculo-esquelético, debilidade do músculo cardíaco e respiratórios. Pode conduzir a complicações de saúde que podem ser graves. Existem diferentes tipos de distrofia muscular (Ex.: Duchenne).

(Heward, 2000; Hardman e Drew, 1996; e Smith et al., 1995, cit. in Martins, 2008)

ETIOLOGIA DA DISTROFIA MUSCULAR

“Ausência/produção insuficiente da proteína distrofina (é supostamente responsável pela manutenção da estrutura das células musculares). Gene recessivo ligado ao cromossoma X. Afecta principalmente rapazes, que herdaram a doença das mães, que embora fosse portadora, não manifesta a doença porque o cromossoma X normal compensará a anomalia genética do outro cromossoma X anómalo. Em contrapartida, qualquer homem que receba o cromossoma X anómalo manifesta a doença.”

(Heward, 2000; Hardman e Drew, 1996; e Smith et al., 1995, cit. in Martins, 2008)

CARÁCTER PROCESSOLÓGICO

DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM ESPECÍFICAS (DAE)

DEFINIÇÃO PORTUGUESA DE DAE

COMPORTAMENTOS EXIBIDOS POR ALUNOS COM DAE

AS CRIANÇAS COM DAE PODEM APRESENTAR

DAE MAIS FREQUENTES

ETIOLOGIA DAS DAE

CARACTERÍSTICAS DAS DAE

DEFINIÇÃO PORTUGUESA DE DAE (CORREIA, 2005, CIT. IN CORREIA, 2008A)

“As dificuldades de aprendizagem específicas dizem respeito à forma como um indivíduo processa a informação – a recebe, a integra, a retém e a exprime – tendo em conta as suas capacidades e o conjunto das suas realizações.

As dificuldades de aprendizagem específicas podem, assim, manifestar-se nas áreas da fala, da leitura, da escrita, da matemática e/ou da resolução de problemas, envolvendo défices que implicam problemas de memória, perceptivos, motores, de linguagem, de pensamento e/ou metacognitivos.

Estas dificuldades, que não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, embora exista a possibilidade de estas ocorrerem em concomitância com elas, podem, ainda, alterar o modo como o indivíduo interage com o meio envolvente.”

COMPORTAMENTOS EXIBIDOS POR ALUNOS COM DAE

Correia (2008a) enumera alguns comportamentos exibidos por alunos com DAE:

- Lêem ota em vez de ato
- Dizem que um b é um d e que um q é um p
- Omitem, saltam ou adicionam palavras a um texto
- Não sabem, hoje, a tabuada que sabiam ontem
- Dão a mesma resposta a 3 problemas de matemática
- Confundem ontem com amanhã

- Não conseguem repetir o que acabaram de ouvir
- Não vêem diferenças entre pá, pé e pó
- Escrevem 41 em vez de 14
- Parecem estar sempre a falar e a rir
- Conseguem falar sobre Platão, mas não conseguem nomear os dias da semana
- Não prestam atenção a quem fala com elas
- Conseguem lembrar-se de anúncios televisivos, mas não conseguem lembrar-se do seu número de telefone
- Parecem não ver para onde se dirigem, batem nas portas, nas cadeiras, tropeçam nos próprios pés...
- Muitas gostam que tudo seja feito da mesma forma
- Perdem coisas ou não sabem onde as põem (livros, lápis...)
- Esquecem-se para onde devem ir
- Distraem-se com muita facilidade
- Por vezes parecem não recordar-se de nada
- Têm dificuldade em executar tarefas que lhes são pedidas
- É-lhes difícil seguir instruções

AS CRIANÇAS COM DAE PODEM APRESENTAR

Correia, (2008a) refere ainda que as crianças com DAE podem apresentar:

- Atrasos na aquisição da linguagem
- Discapacidades de comunicação
- Problemas perceptivo-motores
- Problemas em perceber estímulos visuais, mas não são deficientes visuais
- Problemas quanto à recepção de informação, mas não são deficientes auditivos
- Problemas de atenção, de memória, de pensamento,...
- Problemas na aprendizagem da leitura, da escrita, do cálculo
- Problemas de aprendizagem significativos numa ou mais áreas académicas, mas não são deficientes mentais
- Problemas de índole socioemocional, mas não são perturbados emocionais
- Problemas de auto-conceito e de auto-estima

DAE MAIS FREQUENTES

DISLEXIA

Incapacidade severa de leitura (Hallahan, Kauffman e Lloyd, 1999); dificuldade no processamento da linguagem cujo impacto se reflecte na leitura, na escrita e na soletração (NCLD, 1997); problemas graves na leitura, reflectindo-se ainda na soletração e na escrita (transposição de letras e sílabas e problemas de articulação). (Correia, 2008a)

Tipos de dislexia segundo Correia (2008a):

No caso da **dislexia auditiva**, o cérebro tem dificuldade em processar e interpretar a informação que é ouvida, ou seja, neste caso o problema tem origem no percurso do estímulo auditivo até ao córtex auditivo.

No caso da **dislexia visual**, o problema tem origem no percurso do estímulo visual até ao córtex visual, portanto, prende-se com a forma como o cérebro processa e interpreta esse estímulo.

Quanto à **dislexia mista**, alguns dos problemas podem ser do tipo auditivo, ao passo que outros podem inscrever-se no tipo visual.

Sinais de alerta

No site da Associação Portuguesa de Dislexia encontramos alguns sinais de alerta:

Problemas de Aprendizagem relacionados

- Dificuldades na linguagem oral
- Não associação de símbolos gráficos com as suas componentes auditivas
- Dificuldades em seguir orientações e instruções
- Dificuldade de memorização auditiva
- Problemas de atenção
- Problemas de lateralidade

Na leitura e/ ou na escrita:

- Possíveis confusões (ex: f/v; p/b; ch/j; p/t; v/z ; b/d...)
- Possíveis inversões; (ex: ai/ia; per/pré; fla/fal; cubido/bicudo...)
- Possíveis omissões: (ex: livro/livro; batata/bata...)

DISGRAFIA

“Dificuldade na escrita relacionada com a aptidão mecânica. Os problemas estão relacionados com a componente grafomotora (padrão motor) da escrita (e.g., forma das letras, espaço entre palavras, pressão do traço).” (NCLD, 1997)

DISORTOGRAFIA

“Dificuldade/Discapacidade na aprendizagem da linguagem escrita. Os erros são apenas na escrita, não se repetindo na leitura. Os problemas podem estar relacionados com a soletração e com a produção de textos escritos.” (NCLD, 1997)

DISCALCULIA

“Dificuldade/Discapacidade severa na realização de cálculos matemáticos.” (Hallahan, Kauffman e Loyd, 1999)

DISPRAXIA (APRAXIA)

“Dificuldade na planificação motora, cujo impacto se reflecte na capacidade de um indivíduo coordenar adequadamente os movimentos corporais.” (NCLD, 1997)

PROBLEMAS DE PERCEPÇÃO AUDITIVA

“Problemas na capacidade para perceber as diferenças entre os sons da fala e para sequenciá-los em palavras escritas; é uma componente essencial no que respeita ao uso correcto da linguagem e à descodificação da leitura.” (NCLD, 1997)

PROBLEMAS DE PERCEÇÃO VISUAL

“Problemas na capacidade para observar pormenores importantes e dar significado ao que é visto; é uma componente crítica no processo de leitura e de escrita.” (NCLD, 1997)

PROBLEMAS DE MEMÓRIA (DE CURTO E LONGO PRAZO)

“Dificuldades em armazenar e/ou recuperar ideias ou factos como, por exemplo, quando se apela à lembrança de números telefónicos, de endereços e/ou de instruções para realizar uma tarefa.” (Correia, 2008a)

ETIOLOGIA DAS DAE

Correia, (2008a), identifica as seguintes possíveis causas das DAE:

CAUSAS ORGÂNICAS

Factores pré-natais

(Ex.: Factores teratogénicos (que provocam o desenvolvimento de anomalias durante a gestação, ou seja, crescimento anormal ou malformação do feto) como, por exemplo, o álcool, cocaína e chumbo)

Factores peri-natais

(Ex.: Anoxias; uso de fórceps; prematuridade)

Factores pós-natais

(Ex.: Traumatismo craniano; meningites; encefalites; diabetes)

Factores hereditários

(Hereditariedade/transmissão genética – estudos com gémeos monozigóticos e dizigóticos tendo por base os problemas na leitura; familiaridade – tendência de ocorrência de um problema numa família como, por exemplo, uma dislexia)

CAUSAS EDUCACIONAIS

Atrasos de maturação

(Maturação lenta dos processos visual, motor, de linguagem e de atenção que constituem a base do desenvolvimento cognitivo/Igualar o currículo ao nível de prontidão da criança)

Estilos cognitivos

(Forma como um indivíduo percebe, recorda e resolve problemas ao interagir e estar no mundo/Adequar estratégias aos estilos de aprendizagem da criança)

CAUSAS AMBIENTAIS

Estas causas assentam em teorias que advogam que há factores ambientais que contribuem para o aparecimento de DA em crianças tidas como “normais”, ou para o agravamento dos défices que elas possuem, considerando-os como “forças, condições ou estímulos externos” que colidem com a criança afectando-lhe a sua capacidades de realização escolar.

- a) Malnutrição e estimulação deficitária

- b) Diferenças socioculturais
- c) Clima emocional adverso
- d) Tóxicos ambientais
- e) Dispedagogias / Ensino inadequado

CARACTERÍSTICAS DAS DAE

As características das DAE são assim enumeradas por Correia, (2008a):

ACADÉMICAS

(Leitura, escrita, matemática)

COGNITIVAS

(Atenção, memória, percepções, resolução de problemas, metacognição...)

SOCIOEMOCIONAIS

(Motivação, hiperactividade, falta de percepção social, autoconceito...)

CARÁCTER DESENVOLVIMENTAL

AUTISMO

DEFINIÇÃO DE AUTISMO

SÍNDROME DE ASPERGER

CAUSAS DO AUTISMO

PISTAS PARA A INTERVENÇÃO

PERTURBAÇÕES NO AUTISMO

DEFINIÇÃO DE AUTISMO

“Desordem do desenvolvimento caracterizada por uma dificuldade significativa em comunicar e interagir socialmente e pela presença de comportamentos atípicos tal como respostas inusitadas à sensação, movimentos repetitivos e insistência nas rotinas ou uniformidade. O Autismo começa a notar-se entre os 18 e os 36 meses, embora muitas das vezes não seja diagnosticado até aos cinco anos de idade. O diagnóstico baseia-se nos comportamentos exibidos e não em assumpções médicas, anatómicas ou genéticas.” (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fouth Edition, Text Revision, cit in Correia, 2008c)

No entanto, quando uma criança não atinge cabalmente os critérios do autismo, há pelo menos uma outra classificação, integrada nas chamadas desordens do espectro do autismo, que importa conhecer: a síndrome de **asperger**.

SÍNDROME DE ASPERGER

“A criança com Síndrome de Asperger, embora apresente alterações importantes no relacionamento social e ocupacional, não evidencia atrasos clinicamente significativos ao nível da linguagem, do desenvolvimento cognitivo, na aquisição das funções adaptativas e de autonomia.” (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders, Fouth Edition, Text Revision, cit in Correia, 2008c)

CAUSAS DO AUTISMO

Segundo a Federação Portuguesa de Autismo, estão ainda por esclarecer completamente. As evoluções na pesquisa científica têm vindo a apontar para o facto de poderem existir diversas causas, algumas presentes, outras não, em determinada pessoa:

- Parece existir uma pré-disposição genética que pode dar origem ao aparecimento de autismo;
- Alguns factores pré e peri-natais podem também ter um papel determinante;
- Pode ter de haver uma conjugação entre o potencial genético e o meio ambiente (ex: infecções virais; exposição a determinados componentes do ambiente; desequilíbrios metabólicos);
- Uma causa conhecida reúne o consenso: o autismo é causado por anomalias nas estruturas e funções cerebrais.

Em todo o mundo, o autismo manifesta-se de forma independente da raça, cultura, educação ou classe social dos indivíduos.

PISTAS PARA A INTERVENÇÃO

A Federação Portuguesa de Autismo, destaca algumas pistas para a intervenção no Autismo:

Atenção Mútua / Envolvimento Mútuo

- Seguir e entrar na actividade da criança
- Persistir
- Tratar o que a criança faz como intencional
- Colocar-se à frente da criança
- Entrar nas actividades perseverativas
- Não usar o “não” ou o evitamento como uma rejeição
- Expandir, expandir, expandir - continuar, fazer-se desentendido, fazer coisas erradas, cumprir as ordens, interferir, ...
- Nunca interromper ou mudar de assunto enquanto houver interacção
- Insistir numa resposta

Planeamento Motor

- Tratar todos os comportamentos como se fossem intencionais
- Criar problemas para resolver
- Fornecer um destino para as acções

Simbolização

- Responder a desejos reais através do faz-de-conta
- Substituir objectos por outros, dar significado simbólico a objectos e gestos
- Desenvolver as ideias da criança
- Falar com os bonecos

PERTURBAÇÕES NO AUTISMO

Para finalizar a Federação Portuguesa de Autismo, descreve as principais perturbações no Autismo:

Ao nível dos défices cognitivos salientam-se dificuldades relacionadas com:

- **Atenção** – a criança com autismo responde apenas a uma parte restrita do meio envolvente “túnel de atenção”.
- **Organização** – a criança com autismo manifesta dificuldades em perceber o que a rodeia e em prever acontecimentos.
- **Generalização** – a sua aprendizagem refere-se sempre a uma situação específica e falha na generalização a novas situações.

Ao nível das alterações sensoriais salientam-se:

- **Inconsistência** das suas reacções à estimulação.
- **Hiper-sensibilidade / Hipo-sensibilidade** a determinados estímulos.

Ao nível das alterações sociais salientam-se:

- **Empatia** – dificuldade de se situar em relação aos outros, e em compreender e prever o seu comportamento.
- **Reciprocidade** – relacionada com a capacidade para iniciar a interacção social com o outro. A criança demonstra, mesmo que com interesse na interacção, dificuldade em a iniciar e manter de forma espontânea.
- **Contacto visual** – fugaz e irregular. Pouco intencional a nível social e do estabelecimento da relação com o outro.

Ao nível das alterações comunicacionais:

- **Compreensão/Expressão** – relacionado com a dificuldade em interpretar “sinais” próprios da comunicação (ex. estados de espírito, emoções).
- **Reciprocidade** – relacionada com a utilização social da linguagem (verbal e não verbal) e com a dificuldade em iniciar e/ou manter um diálogo coerente com o interlocutor (ex: pragmática do discurso).
- **Interpretação literal** – grandes dificuldades na compreensão de metáforas e ironias, ou na leitura de um “significado”, a partir do contexto.

Ao nível das alterações comportamentais:

Aderência a rituais não funcionais

- **Previsibilidade** – necessidade de um ambiente estruturado e constante que permita à criança “saber o que vai acontecer” (resistência à mudança).
- **Medos** – surgem muitas vezes relacionados com a não compreensão do que a rodeia.
- **Compreensão** – necessidade da criação de rotinas e hábitos de trabalho.

PROBLEMAS DIVERSOS

DESORDEM POR DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE (DDAH)

DEFINIÇÃO DE (DDAH)

DIAGNÓSTICO DE (DDAH)

DEFINIÇÃO DE (DDAH)

“É caracterizada por frequentes estados de desatenção, de impulsividade e, geralmente, por um excesso de actividade motora (hiperactividade) que podem interferir com a capacidade do indivíduo para a aprendizagem: pode ocorrer concomitantemente com as DA.” (NCLD, 1997)

DIAGNÓSTICO DA (DDAH)

Correia (2008a) caracteriza o diagnóstico da Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade da forma que se segue.

A. (1) ou (2):

- 1) Seis ou mais dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desaptativa e inconsistente, em relação ao nível de desenvolvimento.

Falta de atenção

- a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades lúdicas;
- b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
- c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem directamente;
- d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local do trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas ou actividades;
- f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tal como trabalhos escolares ou de casa);

- g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
 - h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
 - i) com frequência esquece-se das actividades quotidianas.
- 2) Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperactividade-impulsividade persistiram pelo menos durante seis meses com uma intensidades que é desaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

Hiperactividade

- b) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- c) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- d) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);
- e) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
- f) com frequência "anda" ou só actua como se estivesse "ligado a um motor";
- g) com frequência fala em excesso.

Impulsividade

- a) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
 - b) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
 - c) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).
- B. Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.
- C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, escola ou trabalhos e em casa).
- D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação Dissociativa ou Perturbação da Personalidade).

EPILEPSIA

DEFINIÇÃO DE EPILEPSIA

SINTOMAS DA EPILEPSIA

FACTORES QUE PODEM DESENCADear CRISES EPILÉPTICAS

COMO AGIR PERANTE UMA CRISE DE EPILEPSIA

O QUE NÃO SE DEVE FAZER PERANTE UMA CRISE DE EPILEPSIA

VIVER COM A EPILEPSIA

DEFINIÇÃO DE EPILEPSIA

“É uma alteração temporária e reversível do funcionamento do cérebro, que não tenha sido causada por febre, drogas ou distúrbios metabólicos. Durante alguns segundos ou minutos, uma parte do cérebro emite sinais incorrectos, que podem ficar restritos a esse local ou espalhar-se. Se ficarem restritos, a crise será chamada parcial; se envolverem os dois hemisférios cerebrais, generalizada. Por isso, algumas pessoas podem ter sintomas mais ou menos evidentes de epilepsia, não significando que o problema tenha menos importância se a crise for menos aparente.” (Liga Brasileira de Epilepsia)

SINTOMAS DA EPILEPSIA

“Em crises de ausência, a pessoa apenas se apresenta "desligada" por alguns instantes, podendo retomar o que estava a fazer logo em seguida. Em crises parciais simples, o paciente experimenta sensações estranhas, como distorções de percepção ou movimentos descontrolados de uma parte do corpo. Pode sentir um medo repentino, um desconforto no estômago, ver ou ouvir de maneira diferente. Se, além disso, perder a consciência, a crise será chamada de parcial complexa. Depois do episódio, enquanto recupera, a pessoa pode sentir-se confusa e ter déficits de memória. Em crises tónico-clónicas, o paciente primeiro perde a consciência e cai, ficando com o corpo rígido; depois, as extremidades do corpo tremem e contraem-se. Existem, ainda, vários outros tipos de crises. Quando elas duram mais de 30 minutos sem que a pessoa recupere a consciência, são perigosas, podendo prejudicar as funções cerebrais.” (Liga Brasileira de Epilepsia)

FACTORES QUE PODEM DESENCADear CRISES EPILÉPTICAS

A Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, destaca alguns factores que podem desencadear Crises Epilépticas:

- Mudanças súbitas da intensidade luminosa ou luzes a piscar, alguns doentes têm ataques quando vêem televisão, jogam no computador ou frequentam discotecas
- Privação de sono
- Ingestão alcoólica
- Febre
- Ansiedade
- Cansaço
- Drogas ilícitas
- Alguns medicamentos

COMO AGIR PERANTE UMA CRISE DE EPILEPSIA

Ainda de acordo com a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, destacamos os passos a seguir perante uma Crise de Epilepsia:



- Mantenha-se calmo e acalme quem assiste à crise.

- Coloque a pessoa de lado com a cabeça baixa, de modo a que a saliva possa escorrer para fora da boca.



- Desaperte a roupa à volta do pescoço.

- Ponha qualquer coisa macia debaixo da cabeça, ou ampare esta com a sua mão, impedindo-a de bater no chão ou



contra objectos.



- Permaneça junto da pessoa até que volte a respirar calmamente e comece a acordar.

- Ofereça-se para ajudar no regresso a casa ou chamar alguém da família.



O QUE NÃO SE DEVE FAZER PERANTE UMA CRISE DE EPILEPSIA

Tendo como referência a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, aqui deixamos algumas informações de como não se deve proceder perante uma crise de Epilepsia:

- Não coloque na boca da pessoa (colheres, objectos de madeira, lenços, nem dedos). Não puxar a língua.
- Não a tente acordar, não a force a levantar-se.
- Não lhe dê de beber.

VIVER COM A EPILEPSIA

A Liga Portuguesa Contra a Epilepsia, indica algumas sugestões para viver melhor com a Epilepsia:

- Epilepsia é a doença cerebral mais comum, atingindo todas as idades, raças, camadas sociais e nacionalidades.
- Em Portugal há 40 a 70 mil pessoas com epilepsia.
- A epilepsia pode ser causada por várias afecções cerebrais, incluindo traumatismos, infecções, acidentes vasculares.
- A epilepsia não é contagiosa, não é causada por forças sobrenaturais, não é um castigo, não é perigosa para as outras pessoas.
- No intervalo entre as crises as pessoas com epilepsia são iguais às outras. Cerca de 75% das epilepsias tratam-se com medicamentos.
- A ignorância leva frequentemente à discriminação de pessoas com epilepsia pela família, escola, empregadores e pela própria comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia, L. M. (2008a). *Apontamentos das aulas de Dificuldades de aprendizagem específicas: Perspectivas cognitivas, motoras, socio-emocionais e da linguagem*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga.
- Correia, L. M. (2008b). *Dificuldades de aprendizagem específicas – Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2008c). *Inclusão e necessidades educativas especiais (2ªed.)*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (2005). *Inclusão e Necessidades Educativas Especiais: um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M. (1997). *Alunos com Necessidades Educativas Especiais na Classe Regular*. Porto: Porto Editora.
- Correia, L. M., & Martins, A. P. L. (1999). *Dificuldades de aprendizagem: o que são? como entendê-las?* Porto: Porto Editora.
- Hennigh, K. A. (2003). *Compreender a dislexia*. Porto: Porto Editora.
- Hallahan, D., Kauffman, J., & Lloyd, J. (1999). *Introduction to Learning Disabilities (2 ed.)*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Luckasson, R. et al. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. 9th edition. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Martín, M. B., & Ramírez, F. R. (2003). Visão Subnormal In M. B. Martín & S. T. Bueno (Coords), *Deficiência Visual: Aspectos Psicoevolutivos e Educativos*. S. Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, pp. 27-44.
- Martins, A. P. L. (2008). *Apontamentos das aulas de Dificuldades de aprendizagem específicas: Perspectivas cognitivas, motoras, socio-emocionais e da linguagem*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga.
- National Center for Learning Disabilities. (1997). *General Information on Learning Disabilities*. N. Y.: New York.
- Ruiz, M. C. P., Molina, D. R., Bueno, M. C. T., & Lara, R. T. (2003). Diagnóstico e Avaliação do funcionamento Visual In M. B. Martín & S. T. Bueno (Coords), *Deficiência Visual: Aspectos Psicoevolutivos e Educativos*. S. Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, pp, 45 a 65.
- Serrano, A. M. (2008). *Apontamentos das aulas de Dificuldades de aprendizagem específicas: Perspectivas cognitivas, motoras, socio-emocionais e da linguagem*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga.
- Shaywitz, S. (2008). *Vencer a dislexia: Como dar resposta às perturbações da leitura em qualquer fase da vida*. Porto: Porto Editora.
- Smith, T. E. C., Douady, C. A., Polloway, E. A., & Blalock, G. E. (1997). *Children and Adults with Learning Disabilities*. Boston: Allyn and Bacon.

SITES CONSULTADOS

Associação de Cegos Louis Braille
<http://www.deficientesvisuais.org.br/>

Associação Portuguesa de Dislexia
<http://www.apdis.com/dislexia>

Entre Amigos - Rede de Informações Sobre Deficiência
<http://www.entreamigos.com.br/textos/default/surdez.html>

Federação Portuguesa de Autismo
<http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/>

Liga Brasileira de Epilepsia
<http://www.epilepsia.org.br/>

Liga Portuguesa Contra a Epilepsia
<http://www.lpce.pt/>

SITES ÚTEIS

AUDIÇÃO

Associação Portuguesa de Surdos
<http://www.apsurdos.pt/>
Federação Portuguesa de Associações de Surdos
<http://www.fpas.org.pt/>
World Federation of the Deaf (WFD)
<http://www.wfdeaf.org/>

AUTISMO

Federação Portuguesa de Autismo
<http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/>

DAE

Associação Portuguesa de Dislexia
<http://www.apdis.com/dislexia>
Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas
<http://appdae.net/>
Learning Disabilities Association of America
<http://www.ldanatl.org/>
National Center for Learning Disabilities
<http://www.nclld.org/>
The International Dyslexia Association
<http://www.interdys.org/>

EPILEPSIA

Liga Brasileira de Epilepsia
<http://www.epilepsia.org.br/>
Liga Portuguesa Contra a Epilepsia
<http://www.lpce.pt/>

PROBLEMAS MOTORES

Distrofia Muscular
<http://www.distrofiamuscular.net/>
Espinha Bífida
<http://www.espinhabifida.com/>
Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral
<http://www.fappc.pt/>
Spina Bífida Association
<http://www.spinabifidaassociation.org/>

VISÃO

Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO)
<http://www.acapo.pt/>
Associação de Cegos Louis Braille

<http://www.deficientesvisuais.org.br/>
World Blind Union (WBU)
<http://www.worldblindunion.org/>

OUTROS

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)
<http://www.aamr.org/>
Entre Amigos - Rede de Informações Sobre Deficiência
<http://www.entreamigos.com.br/textos/default/surdez.html>
Federação Nacional das Cooperativas de Solidariedade Social (Fenacerci)
<http://www.fenacerci.pt/>