inclui

PROJETO REDE

Curso para Professores e Equipe Escolar

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM
Secretaria Municipal de Educação - SME

PROJETO REDE

Curso para Professores e Equipe Escolar

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM
Secretaria Municipal de Educação - SME

PREFEITURA DE SÃO PAULO

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

Gilberto Kassab
Prefeiro

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Alexandre Alves Schneider
Secretário

Célia Regina Guidon Falótico
Secretária Adjunta

Lilian Dal Molin
Chefe de Gabinete

Regina Célia Lico Suzuki
Diretora de Orientação Técnica
Diretores Regionais de Educação

DRE-Butantã - Sueli Chaves Eguchi
DRE - Campo Limpo - Marcello Rinaldi
DRE - Capela do Socorro - Leila Portella Ferreira
DRE - Freguesia/Brasilândia - Maria Antonieta Carneiro
DRE - Guaianases - Maria Ângela Gianete
DRE - Ipiranga - José Valdir Gregio
DRE - Itaquera - Elizabeth Oliveira Dias
DRE - Jaçanã/Tremembé - Leila Barbosa Oliva
DRE - Penha - Eliane Seraphim Abrantes
DRE - Pirituba - Waldecir Navarrete Pelissoni
DRE-Santo Amaro - Silvana Ribeiro de Faria
DRE - São Mateus - Hatsue Ito
DRE - São Miguel - Isaias Pereira de Souza

SME/DOT EDUCAÇÃO ESPECIAL
Silvana Lucena dos Santos Drago - coordenadora

EQUIPE
Adriana Sapede Rodrigues, Ari Osvaldo de Oliveira Silva, Jucélia de Paula Medeiros Malaquias, Luci Torele Salatino, Mariluci Campos Colácio, Mônica Leone Garcia, Mônica Conforto Gargalaka, Raquel Gomes.

Programa INCLUI

SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Prof. Dr.. Rubens Belfort Jr.
Presidente

Prof. Dr. José Luiz Gomes do Amaral
Vice Presidente

Prof. Dr. Angelo Amato Vincenzo de Paola
Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira
Prof. Dr. Valddemar Ortiz
Prof. Drª. Emília Inoue Sato
Conselheiros

INSTITUIÇÕES AFILIADAS
Dr. Nacime Salomão Mansur
Superintendente

Prof. Drª. Roseli Giaduci
Coordenadora das Diretorias Clínicas

PROJETO REDE
Drª. Yumi Kaneko
Diretora Técnica

Drª. Patrícia Tanoue Peres
Coordenadora Técnica

Ft. Daniela Steluti Padovani da Matta
Coordenadora da Supervisão Técnica

Ft. Kelly Vicentina da Cruz Gil
Coordenadora de Cursos

Dr. Gabriel Neves Picarelli
Responsável pelo Núcleo Disciplinar

AUTORES
Daniela Mekaru - Fonoaudióloga
Daniela Steluti Padovani da Matta - Fisioterapeuta
Gabriel Neves Picarelli - Médico
Kelly Vicentina da Cruz Gil - Fisioterapeuta
Patrícia Tanoue Peres - Médica Fisiatra
Silvia Pereira Barros - Terapeuta Ocupacional
Yumi Kaneko - Médica Fisiatra

COLABORADORES SPDM
Adriana Pardini - Psicóloga
Ana Maria Silvia - Enfermeira
Antônio Carlos V. Vazquez - Psicólogo
Carolina A. Azevedo Marques - Terapeuta Ocupacional
Eliane T. L. Almeida - Assistente Social
Fabiana Dantas - Fisioterapeuta
Jackelline Pilon - Fonoaudióloga
José Carlos Martins - Fisioterapeuta
Maira Barros Azemi - Fonoaudióloga
Patrícia A. L Maciel - Nutricionista
Sandra Garré - Médica
Silmara Pedroso de Moraes - Terapeuta Ocupacional
Tenille G. Aguiar - Terapeuta Ocupacional
COLABORADORES SME/DOT EDUCAÇÃO ESPECIAL
Silvana Lucena dos Santos Drago - Coordenadora

Equipe
Adriana Sapede Rodrigues, Ari Osvaldo de Oliveira Silva, Jucélia de Paula Medeiros Malaquias, Luci Toreli Salatino, Mariluci Campos Colácio, Mônica Leone Garcia, Mônica Conforto Gargalaka, Raquel Gomes.

Ilustração Guilherme Moreti

Fotografias Kelly Vicentina da Cruz Gil Silvia Pereira Barros

Projeto Gráfico e Diagramação Antônio Carvalho de Faria Neto

Projeto Rede - Programa INCLUI

Índice

1. CONTEXTUALIZAÇÃO 10
1.1. Educação Inclusiva 10

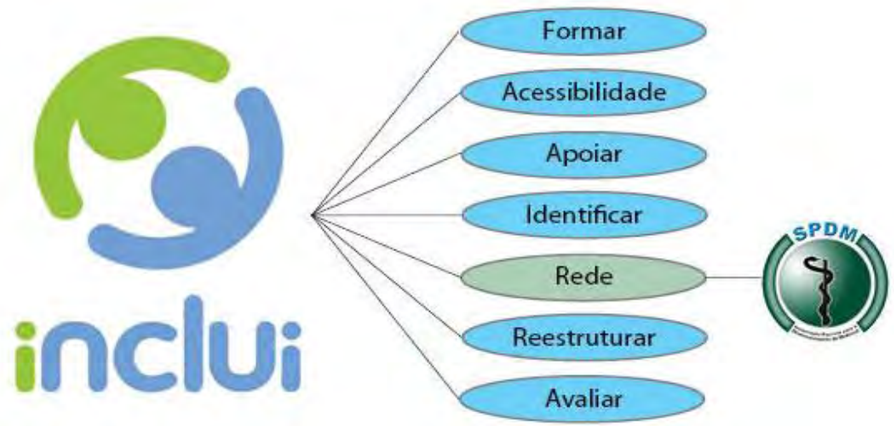
2. OBJETIVO 12

3. PROPOSTAS DE AÇÃO DA SPDM 12
3.1 Formação da Equipe Técnica 12
Quanto ao Núcleo Multidisciplinar - SPDM 12
Cabe ao Núcleo Multidisciplinar 12
Cabe à unidade educacional em relação ao Núcleo Multidisciplinar 13
Cabe à DRE/CEFAI em relação ao Núcleo Multidisciplinar 13
Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional 13
Supervisores Técnicos 16
Cabe ao Supervisor Técnico 16
Cabe à DRE/CEFAI em relação aos Supervisores Técnicos 16
Cabe à Unidade Educacional em Relação ao Supervisores Técnicos 16
Fluxo Operacional dos Supervisores Técnicos no Ambiente Escolar 17
Cabe à Unidade Educacional 17
Cabe à DRE/CEFAI 20
Cabe ao AVE 20
3.2 Cursos de Capacitação Inicial e de Educação Continuada dos Ave 22
3.3 Programas de Acolhimento da Equipe Escolar e dos Pais 22

4.0 CASOS DE ALUNOS 24
4.1 Caso da Rafaela 24
4.2 Caso da Julia 27
4.3 Caso do Lucas 37
4.4 Caso do Paulo 48

5.0 QUADROS PATOLÓGICOS ABORDADOS 61
5.1 Autismo 61
5.2 Síndrome de Asperger 62
5.3 Síndrome de Rett 63
5.4 Transtorno Desintegrativo da Infância 64
5.5 Esquizofrenia 65
5.6 Crise Convulsiva Generalizada/Epilepsia 66
5.7 Hidrocefalia. 67
5.8 Microcefalia. 68
5.9 Distrofia Muscular Progressiva de Duchenne. 69
5.10 Neoplasias do Sistema Nervoso Central. 70
5.11 Lesão Medular 71
5.12 Mielomeningocele 72
5.13 Encefalopatias Crônicas não Evolutivas (ECNE) 73
5.14 Paralisia Cerebral Espática Hemiplégica 74
5.15 Paralisia Cerebral Espática Diplégica 75
5.16 Paralisia Cerebral Espástica Tetraplégica 76
5.17 Paralisia Cerebral Coreoatetósica 77
5.18 Osteogênese Imperfecta 79
5.19 Deficiência Intelectual 80
5.20 Síndrome de Down ou Trissomia do 21 81
5.21 Síndrome do X Frágil ou Síndrome de Martin Bell 82
5.22 Amputados 83
5.23 Distúrbios Comportamentais 84
5.24 Depressão 85
5.25 Comunicação 86
5.26 Síndrome dos Maus Tratos 88
Maus Tratos Físicos 88
A "Síndrome do Bebê Sacudido" 88
A Síndrome da Criança Espancada 88
Síndrome de Munchausen por procuração 89
Abuso Sexual 89
Maus Tratos Psicológicos 89
Negligência 89
5.27 Super Dotação/Altas Habilidades 90
Distúrbio de Aprendizagem em Superdotados 91
Orientação e Aconselhamento ao Superdotado e à Família 92

A Secretaria Municipal de Educação de São Paulo vem trabalhando para incluir crianças com necessidades especiais nas unidades escolares.
Assim, surgiu o PROGRAMA INCLUI, formado por sete projetos, sendo um deles o PROJETO REDE.



Este projeto tem por objetivo oferecer apoio aos alunos que apresentem necessidades educacionais especiais.
Para que isto aconteça, contamos com uma rede de profissionais qualificados.
Na escola, o ***Auxiliar de Vida Escolar*** (AVE), dá suporte aos alunos com dificuldades de locomoção, alimentação e higiene. Os ***Supervisores Técnicos*** – Terapeutas Ocupacionais e Fisioterapeutas, acompanham todo o trabalho dos AVE(s) e realizam avaliação funcional. A ***Equipe Multidisciplinar*** composta por médicos, terapeutas, enfermeiros e assistente social, em conjunto com os profissionais do ***CEFAI*** (Centros de Formação e Apoio à Inclusão), avaliam e indicam atendimento aos alunos na rede médica, bem como orientações aos profissionais da escola.

PROJETO REDE – PROGRAMA INCLUI

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Educação Inclusiva

Por educação inclusiva se entende o processo de inclusão dos nossos alunos com necessidades especiais e/ou transtorno global de desenvolvimento (TGD) na rede comum de ensino em todos os seus graus. A inclusão é:

- atender aos estudantes com necessidades especiais nas vizinhanças da sua residência.
- propiciar a ampliação do acesso destes alunos às classes comuns.
- propiciar aos professores da classe comum um suporte técnico.
- perceber que as crianças podem aprender juntas, embora através de suportes diferentes.
- levar os professores a estabelecer formas criativas de atuação com as crianças portadoras de deficiência ou transtorno global do desenvolvimento.
- propiciar ações de apoio integrado ao professor de classe comum.

Em nosso município foram instituídas as diretrizes para a *"Política de Atendimento a Crianças, Adolescentes, Jovens e Adultos com Necessidades Educacionais Especiais no Sistema Municipal de Ensino"* em outubro de 2004, pelo Decreto nº. 45.415. As diretrizes dessa política de atendimento abrangem questões relativas a:

- Sistemática de matrícula;
- Condições para o atendimento da demanda da rede;
- Avaliação pedagógica;
- Definição de pessoas com necessidades educacionais especiais;
- Organização dos serviços de apoio especializado;
- Acessibilidade.

No que diz respeito à organização dos serviços de apoio especializado, o Art. 3º diz: atendimento das necessidades básicas de locomoção, higiene e alimentação de todos que careçam desse apoio, mediante discussão da situação com o próprio aluno, a família, os profissionais da Unidade Educacional, os que realizam o apoio e o acompanhamento à inclusão e os profissionais da saúde, acionando, se for o caso, as instituições conveniadas e outras para orientação dos procedimentos a serem adotados pelos profissionais vinculados aos serviços de Educação Especial e à Comunidade Educativa. Sob esta determinação a Secretaria Municipal de Educação (SME) vem elaborando as ferramentas para oferecer condições favoráveis de permanência do aluno com necessidades especiais na escola comum e justamente, este material é uma das ferramentas deste projeto.

A partir das necessidades específicas apresentadas pelos alunos com quadros de deficiência e/ou TGD, o Projeto Rede foi elaborado para apoiá-los através da aproximação de diferentes profissionais da área da saúde, em apoio aos profissionais da educação. Desde modo almejamos contribuir para que o processo inclusivo seja efetivo.

O programa inclui

Diário Oficial
CIDADE DE SÃO PAULO
Prefeito: GILBERTO KASSAB

GABINETE DO PREFEITO
Prefeito: GILBERTO KASSAB

DECRETO Nº 51.778, DE 14 DE SETEMBRO DE 2010

Institui a Política de Atendimento de Educação Especial, por meio do Programa Incluí, no âmbito da Secretaria Municipal de Educação

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, e
CONSIDERANDO as disposições da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada pelo Governo brasileiro, das Diretrizes Curriculares Nacionais do Conselho Nacional da Educação e, ainda, da Indicação CME nº 06/05 do Conselho Municipal de Educação;
CONSIDERANDO a necessidade de se promover, na Rede Municipal de Ensino, uma política educacional inclusiva de crianças, adolescentes, jovens e adultos com necessidades especiais decorrentes de quadros de deficiência, transtornos globais de desenvolvimento - TGD e altas habilidades/superdotação,
D E C R E T A:
Art. 1º. Fica instituída a Política de Atendimento de Educação Especial, por meio do Programa Incluí, no âmbito da Secretaria Municipal de Educação.
Parágrafo único. O Programa Incluí destina-se ao atendimento dos alunos, matriculados nas unidades educacionais da Rede Municipal de Ensino, que apresentem quadros de deficiência, transtornos globais do desenvolvimento - TGD e altas habilidades/superdotação, público-alvo da educação especial, na perspectiva da construção e consolidação de um sistema educacional inclusivo.
Art. 2º. O Programa Incluí será integrado por diversos projetos com objetivos específicos, desenvolvidos de forma articulada, constituindo uma rede de apoio ao aluno, à escola e à família, por meio de suportes e serviços especializados que viabilizem o acompanhamento da trajetória escolar e do processo de aprendizagem do aluno, na seguinte conformidade:
I - Projeto Identificar: qualificar, na Rede Municipal de Ensino, os dados de alunos com quadros de deficiência, TGD e altas habilidades/superdotação apontados no Sistema Escola On Line - Sistema EOL;
II - Projeto Apoiar: ampliar as ações de suporte pedagógico especializado para o público-alvo da educação especial, por meio de:
a) instalação e manutenção das Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão - SAAIs nas unidades educacionais da Rede Municipal de Ensino;
b) ampliação do módulo de Professor de Apoio e Acompanhamento à Inclusão - PAAI e designação de servidores incumbidos das atividades de apoio administrativo, para atuação nos Centros de Formação e Acompanhamento à Inclusão - CEFAIs, instalados em cada Diretoria Regional de Educação - DRE;
c) distribuição de estagiários nos CEFAIs para atuação nas unidades educacionais da região;
d) readequação dos convênios com instituições especializadas, de acordo com as diretrizes da Secretaria Municipal de Educação;
III - Projeto Formar: oferecer formação específica aos profissionais para atuação nos serviços de educação especial, bem como formação continuada aos profissionais da educação;
IV - Projeto Acessibilidade: eliminar as barreiras arquitetônicas, físicas, de comunicação, de acesso ao currículo e de transporte que impeçam os alunos com quadros de deficiência e TGD de participarem, em condição de equidade, de todas as atividades educacionais;
V - Projeto Rede: oferecer aos alunos matriculados nas unidades educacionais da Rede Municipal de Ensino, que apresentam quadros de deficiência e TGD, apoio intensivo na locomoção, alimentação e higiene para participação nas atividades escolares;
VI - Projeto Reestruturação das Escolas Municipais da Educação Especial - EMEE: reorganizar as Escolas Municipais da Educação Especial na perspectiva da educação bilíngue;
VII - Projeto Avaliar: avaliar os impactos da implantação e implementação do Programa Incluí nos alunos e unidades escolares, bem como avaliar e acompanhar os processos de aprendizagem do público-alvo da educação especial.
Art. 3º. Para viabilizar as ações correspondentes aos projetos de que trata o artigo 2º deste decreto, a Secretaria Municipal de Educação poderá firmar parcerias com órgãos públicos e instituições públicas ou privadas.
Art. 4º. O Projeto Identificar efetivar-se-á por meio das seguintes ações:
I - manutenção do cadastro de alunos no Sistema Escola On Line - Sistema EOL e inclusão das informações que apontem as necessidades funcionais de cada aluno;
II - elaboração do manual de orientação para os responsáveis pelo Sistema EOL da cada DRE, contendo as especificações dos quadros de deficiência, TGD ou altas habilidades/superdotação do aluno, necessárias ao preenchimento do cadastro;
III - formação específica aos responsáveis pelo gerenciamento dos dados de cada DRE, para a apresentação das alterações efetuadas no Sistema EOL a serem repassadas às unidades educacionais;
IV - produção de relatórios gerenciais para a análise dos dados dos alunos beneficiados pelo Programa Incluí.
Art. 5º. O Projeto Apoiar abrangerá as seguintes ações:
I - ampliação do número de SAAIs existentes;
II - manutenção das SAAIs, com os recursos humanos, físicos e materiais adequados à demanda à qual se destinam;
III - definição, mediante portaria do Secretário Municipal de Educação, do módulo mínimo de pessoal que integrará a equipe do CEFAI, de acordo com as características e necessidades de cada DRE;
IV - celebração de convênios com instituições de educação especial que atendam os critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Educação e ofereçam atendimento educacional especializado aos alunos com deficiência, TGD e altas habilidades/superdotação; escolas especiais para atendimento de alunos com grave comprometimento; cursos de iniciação ao mundo do trabalho e atividades de enriquecimento curricular;
V - contratação de estagiários do curso de pedagogia para atuação nas salas que tenham alunos com quadros de deficiência ou TGD, conforme critérios técnicos da área de educação especial da Secretaria Municipal de Educação.
Art. 6º. O Projeto Formar será desenvolvido em 2 (dois) eixos:
I - formação específica para os professores que atuarão nos serviços de educação especial;
II - formação continuada para os profissionais de educação que já atuam nos serviços de educação especial e para os que atuam na rede regular, com vistas ao constante aprimoramento de suas ações.
Art. 7º. O Projeto Acessibilidade subdividir-se-á em:
I - acessibilidade arquitetônica: prédios e instalações;
II - acessibilidade física: aquisição de mobiliário, equipamentos e materiais específicos;
III - acessibilidade de comunicação: comunicação alternativa, braille e Língua Brasileira de Sinais - Libras;
IV - transporte escolar gratuito, por meio de veículos adaptados, quando necessário.
§ 1º. A acessibilidade arquitetônica consistirá na promoção da acessibilidade aos alunos cadeirantes, com mobilidade reduzida, cegos ou com baixa visão, mediante a eliminação das barreiras arquitetônicas nas escolas, criando condições físicas, ambientais e materiais à sua participação nas atividades educativas.
§ 2º. A acessibilidade física envolve a aquisição de mobiliário adaptado, equipamentos e materiais específicos, mediante prévia análise que confirme a necessidade específica, com posterior verificação dos ajustes que assegurem a sua utilização correta.
§ 3º. A acessibilidade da comunicação abrangerá:
I - a implantação e ampliação dos níveis de comunicação para os alunos cegos, surdos ou surdocegos, propiciando o acesso ao currículo e a participação na comunidade escolar;
II - o acesso a comunicação para alunos com quadros de deficiência ou TGD, não falantes, utilizando os recursos da comunicação alternativa;
III - o acesso ao currículo para os alunos com baixa visão, assegurando os materiais e equipamentos necessários.
§ 4º. O Transporte Escolar Gratuito - TEG, regular ou em veículos adaptados, será ampliado para atendimento dos alunos com deficiência, tanto no horário regular como nos horários de atendimento complementar efetuado nas Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão - SAAI ou instituições conveniadas, quando encaminhados pela Secretaria Municipal de Educação, mediante critérios estabelecidos em portaria específica.
Art. 8º. O Projeto Rede será executado por meio de:
I - prestação de serviços de apoio, a serem realizados pelo profissional denominado Auxiliar da Vida Escolar - AVE, a fim de oferecer apoio no "cuidar" dos alunos matriculados nas unidades educacionais da Rede Municipal de Ensino que apresentam necessidades educacionais especiais decorrentes de quadros de deficiência e TGD, e que necessitam de suporte intensivo para a participação nas atividades escolares com assistência necessária aos atos da vida cotidiana, tais como os relativos à mobilidade, higiene, alimentação, medicação, recreação e atividades escolares;
II - suporte técnico de equipe multidisciplinar, em parceria com os CEFAIs, oferecendo orientação técnica às equipes escolares para atendimento das situações adversas do processo de inclusão;
III - avaliação dos alunos com quadros de deficiência, TGD e altas habilidades/superdotação, por meio da aplicação e análise dos instrumentos registrados em relatórios sobre o desenvolvimento dos alunos e indicação de recursos de tecnologia assistiva;
IV - regulação com serviços de saúde pela intermediação entre as redes públicas de educação e de saúde para atendimento clínico e/ou terapêutico;
V - assessoria às escolas na indicação da tecnologia assistiva para eliminar as barreiras de acesso ao currículo e à comunicação;
VI - sistematização das práticas desenvolvidas pelos Auxiliares da Vida Escolar - AVEs e seus supervisores, com a produção e divulgação de material informativo para os pais e profissionais das escolas a respeito das diferentes deficiências, TGDs e altas habilidades/superdotação;
VII - acolhimento dos profissionais da escola e dos pais, por meio da organização de atividades formativas.
Art. 9º. O Projeto Reestruturação das EMEE caracterizar-se-á por:
I - estabelecimento de princípios e diretrizes para o funcionamento das escolas;
II - reorganização da proposta curricular na perspectiva da educação bilíngua, em Libras e Língua Portuguesa;
III - definição dos recursos humanos para atender às especificidades do ensino de Libras e Língua Portuguesa como segunda língua;
IV - organização didática para o ensino de línguas;
V - elaboração de critérios de avaliação de Libras e Língua Portuguesa;
VI - formação continuada dos profissionais que atuam nas escolas bilíngues.
Art. 10. O Projeto Avaliar compreenderá as seguintes ações:
I - avaliação e monitoramento do Programa Incluí;
II - avaliação e acompanhamento do processo de aprendizagem dos alunos que constituem o público-alvo da educação especial, por meio de:
a) Prova São Paulo;
b) critérios de acompanhamento relacionados às especificidades das diferentes necessidades educacionais especiais;
c) referencial de avaliação de aprendizagem na área de deficiência intelectual.
Art. 11. Caberá às Secretarias Municipais de Educação, da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida, da Assistência e Desenvolvimento Social e da Saúde promover, no âmbito de sua atuação, o desenvolvimento de ações integradas com o Programa Incluí, de modo a assegurar o atendimento dos alunos que integram o público-alvo do programa ora instituído.
Art. 12. O Secretário Municipal de Educação poderá estabelecer normas complementares com vistas ao integral cumprimento das disposições previstas neste decreto.
Art. 13. As despesas decorrentes da execução deste decreto correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.
Art. 14. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 14 de setembro de 2010, 457º da fundação de São Paulo.
GILBERTO KASSAB, PREFEITO
ALEXANDRE ALVES SCHNEIDER, Secretário Municipal de Educação
CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal
Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 14 de setembro de 2010.

DECRETO Nº 51.779, DE 14 DE SETEMBRO DE 2010

Transfere cargos de provimento em comissão para os órgãos que especifica.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei,
D E C R E T A:
Art. 1º. Ficam transferidos:
I - da Superisão de Administração, da Coordenadoria de Administração e Finanças, da Secretaria Municipal de Planejamento; para a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, 1 (um) cargo de Assistente Administrativo, Ref. DAI-6, de livre provimento em comissão pelo Prefeito;
II - do Centro de Documentação, da Coordenadoria de Administração e Finanças, da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, para a Secretaria Municipal de Planejamento, 1 (um) cargo de Encarregado de Equipe, Ref. DAI-7, de livre provimento em comissão, dentre servidores municipais.
Art. 2º. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 14 de setembro de 2010, 457º da fundação de São Paulo.
GILBERTO KASSAB, PREFEITO
JOÃO OCTAVIANO MACHADO NETO, Secretário Municipal de Modernização, Gestão e Desburocratização
RUBENS CHAMMAS, Secretário Municipal do Planejamento
LUIZ LAURENTE BLOCH, Secretário Municipal de Desenvolvimento Urbano - Substituto
CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal
Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 14 de setembro de 2010.

DECRETO Nº 51.780, DE 14 DE SETEMBRO DE 2010

Declara de utilidade pública, para desapropriação, imóveis particulares situados no Distrito da Sé, Subprefeitura da Sé, necessários à instalação de órgão público.

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, e na conformidade do disposto nos artigos 5º, alínea "i", e 6º do Decreto-lei Federal nº 3.365, de 21 de junho de 1941,
D E C R E T A:
Art. 1º. Ficam declarados de utilidade pública, para serem desapropriados judicialmente ou adquiridos mediante acordo, os imóveis particulares situados no Distrito da República, Subprefeitura da Sé, necessários à instalação de órgão público, Integrantes do edifício localizado na Avenida São João, nº 61, e Rua Libero Badaró, nº 504, 9º andar (conjuntos 92, 93 e 94), correspondendo à fração ideal de 231,3082/5.419,000 da área total do terreno, conforme indicado na planta P-30.614-A1, do arquivo do Departamento de Desapropriações, cuja cópia se encontra juntada à fl. 21 do processo administrativo nº 2010-0.236.325-6.
Art. 2º. As despesas decorrentes da execução deste decreto correrão por conta das dotações próprias, consignadas no orçamento de cada exercício.
Art. 3º. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 14 de setembro de 2010, 457º da fundação de São Paulo.
GILBERTO KASSAB, PREFEITO
CLAUDIO SALVADOR LEMBO, Secretário Municipal dos Negócios Jurídicos
CLOVIS DE BARROS CARVALHO, Secretário do Governo Municipal
Publicado na Secretaria do Governo Municipal, em 14 de setembro de 2010.

DECRETO Nº 51.781, DE 14 DE SETEMBRO DE 2010

Declara de utilidade pública, para desapropriação, imóveis particulares situados no Distrito de Cidade Tiradentes, Subprefeitura de Cidade Tiradentes, necessários à implantação de equipamento público

GILBERTO KASSAB, Prefeito do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, e na conformidade do disposto nos artigos 5º, alínea "i", e 6º do Decreto-lei Federal nº 3.365, de 21 de junho de 1941,
D E C R E T A:
Art. 1º. Ficam declarados de utilidade pública, para serem desapropriados judicialmente ou adquiridos mediante acordo, os imóveis particulares situados no Distrito de Cidade Tiradentes, Subprefeitura de Cidade Tiradentes, necessários à implantação de equipamento público, contidos na área total de 1.295,00m2 (mil duzentos e noventa e cinco metros quadrados), delimitada pelo perímetro 1-2-3-4-5-1, indicado na planta P-31.129-A2 do arquivo do Departamento de Desapropriações, cuja cópia se encontra juntada à fl. 33 do processo administrativo nº 2010-0.206.216-7.
Art. 2º. As despesas decorrentes da execução deste decreto correrão por conta de dotações próprias, consignadas no orçamento de cada exercício.
Art. 3º. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

2. OBJETIVO

A SPDM, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, tem propósito de contribuir para a facilitação da inclusão educacional dos alunos com necessidades educacionais especiais, ou seja, aqueles que apresentam deficiência física, sensorial, mental ou com deficiência múltipla, (exceto alunos com deficiência exclusivamente sensorial, visual ou auditiva), além de acolher profissionais da educação que atuam nas Escolas Municipais de São Paulo, pais ou responsáveis e a comunidade.

3. PROPOSTAS DE AÇÃO DA SPDM

O sucesso dos programas para abordagem das crianças com incapacidades depende da habilidade da equipe em se comunicar e trabalhar conjuntamente. Quando os membros da equipe trabalham de forma independente, o cuidado oferecido para a criança é, geralmente, fragmentado.

3.1 – FORMAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA

Quanto ao Núcleo Multidisciplinar - SPDM

- **Médico Fisiatra:** especializado em Medicina Física e Reabilitação. Ele examina os alunos para determinar a necessidade de encaminhamento para especialidades da rede de saúde, baseada em avaliação funcional.
- **Médico Psiquiatra:** especialista que atua nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação dos transtornos psiquiátricos, bem como na prevenção e promoção de saúde mental. Se necessário, encaminha à rede de saúde nos casos de necessidade de tratamento e acompanhamento das doenças psiquiátricas.
- **Psicólogo:** orienta e auxilia pessoas com problemas emocionais, mentais ou de personalidade. Identifica a necessidade de encaminhamentos para psicoterapia, psicodiagnóstico, neuropsicologia, entre outros.
- **Fonoaudiólogo:** Especialista na área da fala, deglutição e audição. Realiza triagem, visando detectar comprometimento na comunicação oral e escrita.
- **Enfermeiro:** Presta assistência ao paciente/aluno com serviços de enfermagem, implementando ações para a promoção da saúde. Realiza orientações sobre atividades de cuidados que devem ser realizados com a criança, como higiene, cuidados com feridas, etc.
- **Nutricionista:** Atua visando à segurança alimentar e à atenção dietética. Detecta possíveis erros alimentares e deficiências nutricionais das crianças, indicando necessidade de acompanhamento com nutricionista da rede de saúde.
- **Assistente Social:** Profissional que estuda a condição social de cada família e ajuda a conseguir recursos na comunidade onde a família vive. Realiza a entrevista social, identifica necessidade de encaminhamento aos órgãos competentes e de estabelecer o contato entre projeto rede e rede de saúde.

Cabe ao Núcleo Multidisciplinar

- Realizar avaliação clínica e funcional multiprofissional do aluno indicado pelo CEFAI.

- Realizar triagem médica do aluno sem avaliação clínica prévia para a intermediação do atendimento do mesmo no serviço de saúde.
- Elaborar prontuário para cada aluno atendido.
- Realizar trabalho conjunto com as equipes das DRE/CEFAI nos processos de avaliação, orientação, encaminhamentos, bem como contribuir e atuar no processo de acompanhamento do aluno.
- Oferecer suporte e orientações técnicas previstas às equipes escolares e pais, a fim de sanar as situações adversas inerentes ao processo de inclusão.
- Oferecer suporte e orientações em relação aos cuidados diários, a fim de maximizar a participação dos familiares.
- Elaborar relatório de avaliação de cada aluno atendido.
- Participar das reuniões de discussão de casos, com equipe do DRE/CEFAI.
- Ministrar aulas nos cursos de capacitação.
- Participar da elaboração do material escrito informativo.

Cabe à Unidade Educacional

- Formalizar a solicitação de atendimento do aluno pelo Núcleo Multidisciplinar para o CEFAI via e-mail que, constatada a necessidade de atendimento realizará agendamento.

Cabe à DRE/CEFAI

- Agendar, por meio eletrônico, o atendimento do aluno quando constatada a necessidade.
- Agendar de 4 a 8 alunos por dia, ou conforme orientação da SME/DOT-EE/SPDM.
- Realizar a devolutiva do estudo de caso para a equipe gestora e para os professores.

Assinar e carimbar a folha de frequência dos profissionais do Núcleo Multidisciplinar, registrando o horário de entrada e saída dos mesmos.

Nas escolas atuam os seguintes profissionais:

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional:
Estes profissionais atuam como Supervisores Técnicos (ST). São eles que mantêm contato direto com os Auxiliares de Vida Escolar (AVE) e os alunos apoiados por eles. Cada ST é responsável por "um número" de escolas, nas quais realizam visitas mensais. Essa visita abrange o acompanhamento e a avaliação da atuação do AVE, a avaliação funcional do aluno e esclarecimentos de dúvidas da equipe escolar em relação ao aluno beneficiado pelo Projeto Rede (professores, diretores e CP).
Cada profissional possui uma ficha de avaliação com instrumentos específicos avaliativos, como veremos a seguir:

AVALIAÇÃO – FISIOTERAPIA Data: _____ / _____ / 20__

Nome do(a) fisioterapeuta:						
Nome do(a) aluno(a): idade:						
Nome da unidade educacional:						
Nome da Diretoria Regional de Educação (DRE):						
Nome do AVE:						
Nome do(a) professor(a):						
Instituição onde realiza tratamento reabilitacional:						
Critérios: **5** excelente sempre	**4** bom quase sempre	**3** regular às vezes	**2** fraco raramente	**1** péssimo nunca		
Avaliação do AVE						
1- conhecimento técnico	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
2- relacionamento AVE-aluno	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
3- relacionamento AVE-professor	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
4- interesse/ comprometimento	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
5- agilidade/ iniciativa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
6- cordialidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
7- responsabilidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
8- apresentação para solução de problemas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
9- capacidade para seguir orientações	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
10- atendimento dos procedimentos operacionais padrão	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
Avaliação do(a) aluno(a):						
1- relacionamento familiar	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
2- relacionamento social em sala de aula	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
3- relacionamento social no recreio	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
4- relacionamento social durante atividades físicas/esportivas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
5- uso de órteses - qual:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
6- uso de auxiliar de marcha	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
7- evolução do DNPM	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	

Teste de Triagem de Denver	**função**	**idade**
Motor grosseiro		
Motor refinado adaptativo		
Pessoal social		
Linguagem		

Avaliação motora:	**FM**	**tônus**	**ADM**	**Equilíbrio/coordenação**
MMSS				
MMII				
Tronco				

Comentários:

PROJETO REDE

AVALIAÇÃO – TERAPIA OCUPACIONAL Data: _____ / _____ / 20__

Nome do(a) terapeuta ocupacional:						
Nome do(a) aluno(a): idade:						
Nome da unidade educacional:						
Nome da Diretoria Regional de Educação (DRE):						
Nome do AVE:						
Nome do(a) professor(a):						
Instituição onde realiza tratamento reabilitacional:						
Critérios **5** excelente sempre	**4** bom quase sempre	**3** regular às vezes	**2** fraco raramente	**1** péssimo nunca		
Avaliação do AVE						
1- conhecimento técnico	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
2- relacionamento AVE-aluno	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
3- relacionamento AVE-professor	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
4- interesse/ comprometimento	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
5- agilidade/ iniciativa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
6- cordialidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
7- responsabilidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
8- apresentação para solução de problemas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
9- capacidade para seguir orientações	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	
10-atendimento dos procedimentos operacionais padrão	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	

Capacidade funcional

7 INDEPENDÊNCIA COMPLETA sem ajuda
6 INDEPENDÊNCIA MODIFICADA sem ajuda (apenas ajuda técnica)
5 SUPERVISÃO com ajuda
4 AJUDA MÍNIMA indivíduo > 75%
3 AJUDA indivíduo 50% - 75%
2 AJUDA MÁXIMA indivíduo 25% - 50%
1 AJUDA TOTAL indivíduo 0 – 25%

Alimentação		Vestuário	
Higiene pessoal		Transferências	
Banho		Locomoção	

Miniexame do estado mental TOTAL=

Orientação temporal	Dia do mês	1
	Mês	1
	Ano	1
	Dia da semana	1
	Hora	1
Orientação espacial	Local específico	1
	Local genérico	1
	Bairro ou rua próxima	1
	Cidade	1
	Estado	1
Memória imediata	Vaso	1
	Carro	1
	Tijolo	1
Atenção e cálculo	"MUNDO" ao contrário	5
Memória de evocação	Repetir as 3 palavras	3
Linguagem	Nomeação: caneta e relógio	2
	Repetição: nem aqui, nem ali, nem lá	1
	Pegue papel c/ mão direita, dobre ao meio e coloque no chão	3
	Ler e executar: feche os olhos	1
	Escrever uma frase	1
	Copiar desenho (intersecção de pentágonos)	1

Tecnologia assistiva:

Comentários:

PROJETO REDE

Quanto aos Supervisores Técnicos - SPDM

Cabe ao Supervisor Técnico:

- Apresentar-se à direção da U.E uniformizados e identificados.
- Supervisionar tecnicamente a atuação dos AVE(s) e relatar anomalias à coordenação técnica.
- Oferecer suporte e orientações técnicas às equipes escolares e pais, sobre as respectivas áreas de atuação (Fisioterapia e Terapia Ocupacional) a fim de sanar as situações adversas inerentes ao processo inclusivo.
- Analisar os relatórios da rotina diária dos alunos, realizados pelo AVE.
- Realizar avaliação funcional na U.E. em que o aluno é atendido pelo AVE, mediante autorização da família, formalizada pelo preenchimento de Termo de Consentimento.
- Realizar avaliação funcional do aluno que não é atendido pelo AVE, mediante solicitação do DRE/CEFAI e mediante autorização da família, formalizada pelo preenchimento de Termo de Consentimento.
- Realizar a prescrição de recursos de tecnologia assistiva, materiais específicos e mobiliários, com vistas à promoção de autonomia e acesso ao currículo quando necessário.
- Informar ao DRE/CEFAI casos de necessidade de AVE para alunos identificados durante as visitas.
- Participar das reuniões de discussão de casos com equipe do CEFAI, na última semana de cada mês.

Cabe à DRE/CEFAI

- Agendar junto à Coordenadora Técnica da SPDM via e-mail, com cópia para DOT-EE, a visita do Supervisor Técnico na U.E. que não possui aluno atendido pelo Projeto Rede para avaliação funcional e/ou para indicação de recursos de tecnologia assistiva, materiais específicos e mobiliários, com vistas à autonomia e acesso ao currículo.

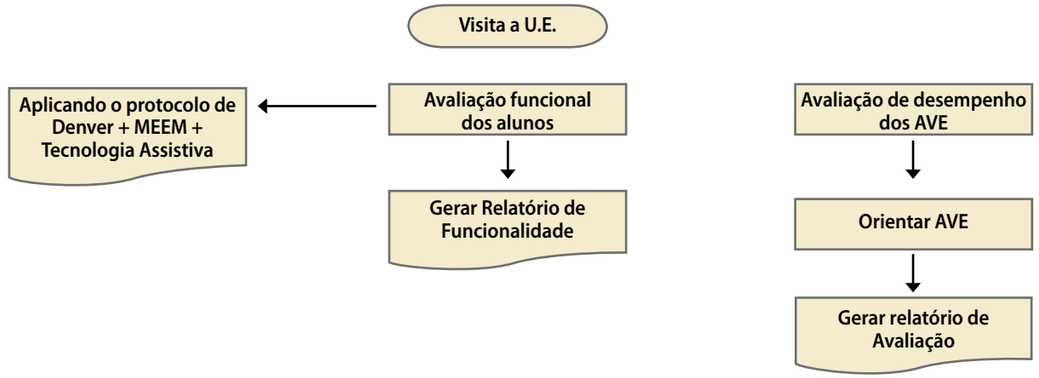
Cabe à Unidade Educacional

- Atestar frequência do Supervisor Técnico, registrando o horário de entrada e saída em cada visita.

  Encaminhar solicitação de visita do Supervisor Técnico para indicação de tecnologia assistiva, materiais específicos e mobiliários para o CEFAI no caso de aluno não ser atendido pelo Projeto Rede.

Fluxo operacional dos supervisores técnicos no ambiente escolar

Através das visitas quinzenais dos supervisores técnicos (fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais) nas escolas, a SPDM pretende oferecer suporte e orientações técnicas plenas aos AVE(s) e equipes escolares, a fim de sanar as situações adversas inerentes ao processo de inclusão. Além do suporte técnico aos AVE(s), os fisioterapeutas também realizarão avaliação funcional dos alunos pré-identificados através da aplicação de Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver e os terapeutas ocupacionais irão avaliar quantitativamente a capacidade funcional do aluno no que se refere às atividades de vida diária e prática, avaliação quanto à necessidade de recursos de tecnologia assistiva, além da aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), se indicado. Assim, cada escola receberá uma visita a cada 15 dias, intercalando o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional (TO). A avaliação funcional será feita em todas as visitas e tem como objetivos: estadiamento da incapacidade funcional dos alunos e fornecer informações apropriadas a respeito das dificuldades funcionais da criança, dos seus processos de aprendizagem, do seu desenvolvimento social e individual. A seguir, apresentamos o fluxograma de atuação dos supervisores técnicos:



Deveremos lembrar que os supervisores técnicos avaliam tecnicamente os AVE(s) e também suas condutas profissionais. Para evitarmos que haja um julgamento pessoal, o AVE é avaliado pelo fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e pelo professor/equipe escolar. Os ST também são avaliados pela equipe escolar. Conheceremos agora essa avaliação:

Cabe à Unidade Educacional

- Formalizar a solicitação de AVE via e-mail, para o DRE/CEFAI quando entender que o aluno é público-alvo para este atendimento.

- Imprimir, mensalmente, folhas de frequência do AVE , conforme modelo encaminhado pelo CEFAI, observando-se o mês de competência.

- Garantir o registro da frequência do AVE e a fidedignidade do registro.

    - É indispensável que constem na folha de frequência todas as ocorrências (horário de entrada, saída, refeição, atrasos, saídas antecipadas, faltas, férias, reposições, licenças e outros afastamentos) e deverão ser anexados os documentos comprobatórios referentes aos afastamentos.

    - A folha de frequência deverá ser preenchida corretamente e sem rasuras.

    - Cabe lembrar que é vedado dispensar o AVE do ponto do dia, desconsiderar ausência, ou permitir atrasos ou saídas antecipadas. Casos excepcionais serão analisados pela DOT-EE/ SPDM.

- Encaminhar a folha de frequência original, contendo o **carimbo da Unidade Educacional, assinatura e carimbo do diretor** ao CEFAI, **no 1º dia útil de mês subsequente.**

    - **Caso não seja observado o prazo de entrega na DRE, a FFI deverá ser entregue na SME/ DOT-EE, sito a Rua Dr. Diogo de Faria, 1247 – Vila Clementino, até o 3º dia útil do mês subsequente, após o que não mais será aceita e será responsabilidade do Diretor o não pagamento do salário do mês do AVE.**

- Arquivar cópia das FFI e dos comprovantes de afastamento ou saída antecipada na unidade educacional.

- Comunicar, via e-mail, ao DRE/CEFAI, quando ocorrerem 2 faltas consecutivas, no prazo de 72 horas.

- Solicitar alteração de horário do AVE, quando necessário, com vistas ao pleno atendimento ao aluno, via e-mail, para o DRE/ CEFAI e aguardar autorização.

- Disponibilizar os seguintes materiais: luvas descartáveis, lenços umedecidos, creme hidratante, papel toalha, fio dental, sabonete líquido, enxaguatório bucal, absorvente feminino, fraldas descartáveis, sondas, se necessário. (é obrigatório o uso de iodo ou solução anticéptica, luva estéril e xilocaína pomada para o procedimento).

    - Os materiais acima citados deverão ser requisitados às DRE ou adquiridos com verbas próprias da U.E.

- Realizar avaliação do AVE e dos supervisores técnicos conforme avaliação abaixo e encaminhar ao CEFAI que encaminhará ao DOT- EE:

Nome do(a) professor(a) avaliador(a):
Nome do(a) aluno(a):
Nome da unidade educacional:
Nome da Diretoria Regional de Educação (DRE):
Nome do AVE:
Nome do(a) fisioterapeuta:
Nome do(a) terapeuta ocupacional:

Critérios	**5** excelente sempre	**4** bom quase sempre	**3** regular às vezes	**2** fraco raramente	**1** péssimo nunca
Avaliação do AVE					
1- pontualidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2- interesse/ comprometimento	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3- agilidade/ iniciativa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4- cordialidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5- responsabilidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6- apresentação para solução de problemas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7- atendimento dos procedimentos operacionais padrão	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Avaliação do(a) fisioterapeuta					
1- pontualidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2- interesse/ comprometimento	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3- agilidade/ iniciativa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4- cordialidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5- responsabilidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6- apresentação para solução de problemas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7- atendimento dos procedimentos operacionais padrão	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Avaliação do(a) terapeuta ocupacional					
1- pontualidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2- interesse/ comprometimento	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3- agilidade/ iniciativa	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4- cordialidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5- responsabilidade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6- apresentação para solução de problemas	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7- atendimento dos procedimentos operacionais padrão	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Avaliação do(a) aluno(a): No de faltas: _____ No de atrasos: _____					
Comentários:					

Cabe à DRE/CEFAI

- Encaminhar formulário padronizado de solicitação de AVE para DOT- Educação Especial, após avaliação positiva da necessidade do profissional solicitado pela U.E.
- Encaminhar a solicitação de alteração de horário de AVE, enviada pela U.E. para a DOT-EE com cópia para a SPDM. A mudança de horário do AVE deverá objetivar o melhor atendimento ao aluno.
- Aguardar a autorização da SPDM, via DRE/CEFAI, para proceder à alteração de horário do AVE.
- Encaminhar todas as FFI a SME/DOT-EE via memorando com um único número de TID.
- No memorando deve constar que o DRE/CEFAI atesta a frequência dos AVE(s) ratificando o ateste do Diretor de Escola ou do Assistente de Diretor.

Neste sentido, fica estabelecido o público-alvo para o atendimento do Auxiliar de Vida Escolar, como segue: O Secretário Municipal de Educação, no uso de suas atribuições e conforme lhe representou a Diretora de Orientação Técnica, através da DOT Educação Especial, **COMUNICA às DRE/CEFAI e Unidades Educacionais da Rede Municipal de Ensino que participam do Projeto Rede:**

O público alvo do atendimento do Programa Inclui/Projeto Rede é composto por crianças, adolescentes, jovens e adultos, regularmente matriculados na rede municipal de ensino, com deficiência que não apresentam autonomia para a locomoção, alimentação e higiene, e aqueles com transtornos globais do desenvolvimento que necessitam de apoios intensos para se organizarem e participarem efetivamente das atividades desenvolvidas pela escola, integrados ao seu grupo classe.

Cada Auxiliar de Vida Escolar – AVE poderá atender até 4 alunos, por período.

Quanto aos Auxiliares de Vida Escolar – AVE- SPDM

Cabe ao AVE

- Exercer suas atividades de 2ª à 6ª feiras, durante 8 horas diárias de trabalho, no horário determinado pela Associação Paulista de Desenvolvimento da Medicina, atendendo as necessidades dos alunos e, excepcionalmente, aos finais de semana caso a Unidade Educacional esteja realizando alguma atividade que envolva a participação dos alunos e reposições de aulas.
- Cumprir 1 (uma) hora de refeição, não incluída nas 8 horas diárias de trabalho.
- Gozar férias obrigatoriamente em janeiro no período de férias escolares.
- Apresentar-se uniformizado e identificado.

- Realizar a recepção do aluno na escola, acompanhá-lo até a sala de aula e ao término das atividades acompanhá-lo até o portão da escola, dentro do horário de trabalho do AVE.
- Auxiliar nas questões de higiene, troca de vestuário e/ou fraldas/ absorventes, higiene bucal durante o período em que o aluno permanecer na escola e nas atividades extracurriculares e dias de reposição de aulas.
- Realizar sondagem vesical de alívio somente após participação em treinamento individualizado com profissional da área da saúde da SPDM.
- Administrar medicamentos para o aluno mediante a apresentação da cópia da receita médica e com a ciência da equipe gestora da escola.
- Acompanhar o aluno, no horário do intervalo, até o local apropriado para a alimentação, auxiliá-lo e, após a refeição, utilizando técnicas para auxiliar na mastigação e/ou deglutição, realizar sua higiene e retorná-lo à sala de aula.
- Dar assistência nas questões de mobilidade nos diferentes espaços educativos: transferência da cadeira de rodas para outros mobiliários e/ou espaços, cuidados quanto ao posicionamento adequado às condições do aluno, apoio na locomoção para os vários ambientes e/ou atividades escolares extracurriculares, para aluno cadeirante e/ou com mobilidade reduzida.
- Permanecer durante o período de aula do aluno, fora da sala, aguardando que seja solicitado para realizar suas funções. Caso haja solicitação do professor ou da equipe gestora, acompanhar o aluno na sala de aula, durante o desenvolvimento das atividades escolares (exclusivamente no que se refere aos cuidados do aluno).
- Auxiliar e acompanhar o aluno com TGD para que este se organize e participe efetivamente das atividades desenvolvidas pela escola, integrado ao seu grupo classe.
- Executar procedimentos, dentro das determinações legais que não exijam a infraestrutura e materiais de ambiente hospitalar.
- Utilizar luvas descartáveis para os procedimentos e descartá-las após o uso.
- Comunicar à direção da unidade educacional, em tempo hábil, a necessidade de aquisição de materiais para higiene do aluno.
- Zelar pela higiene e manutenção dos materiais utilizados para alimentação e higiene do aluno.
- Zelar pelas condições adequadas para que não se coloque em risco a saúde e o bem estar do aluno.
- Reconhecer as situações que necessitem de intervenção externa ao âmbito escolar tais como: socorro médico, maus tratos, entre outros, que deverão seguir os procedimentos já previstos e realizados na U.E, quando necessário.
- Acionar o supervisor técnico e coordenadores da SPDM sempre que ocorrerem situações atípicas.
- Registrar diariamente toda a rotina diária de atendimentos e ocorrências do aluno com deficiência e TGD.

- Arquivar a Ficha de Relatório Diário no prontuário do aluno atendido.
- Receber do supervisor técnico as comunicações quanto manutenção estrutural, materiais, entre outras, registradas em formulários devidamente preenchidos e assinados para encaminhamento ao setor competente.
- Comunicar o supervisor técnico, e equipe gestora da escola, os problemas relacionados ao aluno e anotar no relatório da rotina diária.
- Preencher Ficha de Relatório Diário, para registro e acompanhamento do aluno.
- Apoiar outros alunos, quando necessário, sem se desviar das funções pelas quais foi contratado, caso o aluno atendido pelo AVE não esteja presente na unidade escolar.
- Assinar o termo de sigilo, a fim de preservar as informações referentes ao aluno que recebe seus cuidados.

3.2 CURSOS DE CAPACITAÇÃO INICIAL E DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS AVE

Após a contratação, todos os AVE(s) passam por 76h de treinamento prático e teórico denominado Curso de Capacitação Inicial.

Após esta fase de treinamento e aprovação por meio de prova escrita, os AVE(s) são encaminhados à U.E. onde iniciarão suas atividades.

A cada semestre, todos AVE(s) deverão participar do Curso de Educação Continuada.

Segue abaixo o conteúdo programático:

3.3 PROGRAMAS DE ACOLHIMENTO DA EQUIPE ESCOLAR E DOS PAIS

Este programa visa sensibilizar, aproximar e capacitar os profissionais da equipe escolar e pais de alunos sobre as questões de cuidados de saúde inerentes ao processo inclusivo. Muitos citam a grande importância da participação dos pais de todos alunos no processo inclusivo na rede regular de educação. As crenças parentais podem determinar como os programas de inclusão escolar serão implementados. O sucesso das ações inclusivas requer que a comunidade acredite na competência das escolas em atender às necessidades de todos os estudantes. Os pais devem ter confiança na capacidade das escolas educarem alunos com e/ou sem necessidades educacionais especiais, em conjunto.

É necessário incluir os pais como parte do grupo transdisciplinar em um esforço de maximizar as intervenções, sendo parte integral do processo de reabilitação; e os familiares devem ser capacitados e receberem suporte e orientações em relação aos cuidados diários da equipe multidisciplinar.

O Projeto Rede pretende aproximar os profissionais da saúde, a equipe escolar e os pais a fim de obter melhores resultados no processo inclusivo.

Os pais possuem conhecimento e experiências importantes que, trazidos para a escola, colaboram com as atividades praticadas.

Os conhecimentos que as escolas possuem também são muito importantes e contribuem para a melhor adaptação da criança em casa e no dia a dia.

Sendo assim, a parceria entre a escola e a família tem um papel fundamental no processo educacional destes alunos.

4. CASOS DE ALUNOS

Vamos olhar alguns casos de como a interação entre os profissionais de saúde e de educação ajudou muito o aluno:

4.1 CASO DA RAFAELA

Fátima, de 38 anos, engravidou praticamente no mês de seu aniversário. Como morava na zona rural de uma pequena cidade, não teve acesso ao pré-natal. No dia do nascimento de Rafaela, Fátima, que já tinha outros dois filhos reparou que sua nova filha era mais molinha que o normal, se movia muito pouco e tinha os olhinhos mais puxadinhos que os de sua família.

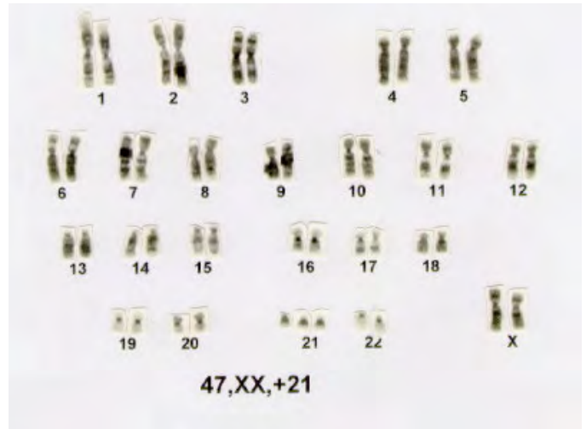
Como tinha alguns parentes em uma cidade maior, resolveu pedir ajuda para poder levar Rafaela ao serviço médico.

O médico examinou Rafaela que já tinha dois anos na época da consulta e reparou que a menina tinha as articulações mais molinhas que o habitual, notou também que a força muscular da Rafaela era menor que a das crianças de dois anos.
Na continuação do exame, o médico identificou uma preguinha de pele nas pálpebras da Rafaela, e na hora de auscultar o coração ouviu o ruído típico de sopro no coração.
Durante a consulta, a mãe de Rafaela comentou que ela demorou muito para começar a andar e ainda falava pouquíssimas palavras, que era uma criança amorosa, mas às vezes ficava muito irritada.
O médico anotou todas as informações no prontuário e contou à mãe de Rafaela que suspeitava que o diagnóstico da criança fosse de Síndrome de Down. Então pediu alguns exames para confirmar sua suspeita.

VOCÊ SABIA?

- Que mulheres que engravidam após 35 anos têm maior chance de terem bebês com Síndrome de Down.
- A preguinha de pele nos olhos das crianças com Síndrome de Down se chama epicanto.

- O exame que os médicos solicitam para confirmar a Síndrome de Down se chama cariótipo e analisa quantitativamente e qualitativamente os cromossomos. No caso da Síndrome de Down há um cromossomo de número 21 a mais no cariótipo.



- Sopro no coração é um ruído que acontece quando, durante o batimento do coração, há um refluxo do sangue no sentido contrário ao percurso normal do sangue dentro do coração.

Na segunda consulta, Fátima levou Rafaela ao mesmo médico que leu o exame de sangue e confirmou que a criança tinha Síndrome de Down.

A partir daí o médico começou a orientar Fátima sobre todas as medidas que devem ser tomadas.

Vale a pena todos os profissionais que têm contato com crianças com Síndrome de Down saberem:

- A criança pode ser mais ou menos acometida dependendo de sua característica genética.
- Para compensar o atraso do desenvolvimento, as crianças precisam ser estimuladas em atividades que exijam coordenação motora grosseira e refinada e que exijam concentração.
- Sempre falar para a criança informações sobre o dia de hoje, as horas e sobre onde elas estão e para onde estão indo.
- Evitar que a criança fique com a cabeça muito para trás devido uma alteração nos ossos do pescoço para que não se machuquem.
- A maioria das crianças com Síndrome de Down com problemas cardíacos são operadas logo no início da infância.

O médico ainda informou à mãe de Rafaela que elas ainda poderiam contar com a ajuda de outros profissionais, que seria muito importante para o desenvolvimento da criança, e também a orientou a matricular Rafaela na escola para que iniciasse o convívio com outras crianças e fosse estimulada ao aprendizado por profissionais da educação.

O que estes profissionais têm a dizer a respeito da criança com Síndrome de Down nas escolas?

O fonoaudiólogo conta que seu maior aliado no caso da Rafaela é o pedagogo, pois ambos estimulam o raciocínio e a linguagem da criança para que ela se comunique da melhor maneira no ambiente escolar. No consultório, o fonoaudiólogo faz uso do que foi trabalhado pelo professor para treinar a musculatura da fala e ajudá-la a pronunciar corretamente os fonemas.

O fisioterapeuta também tem seu aliado na escola que é o professor da educação física. Como Rafaela tem uma força muscular reduzida, à medida que o fisioterapeuta trabalha a percepção corporal e ganho de força, o professor, durante as atividades escolares de sua disciplina, também coloca em prática o que foi trabalhado durante as sessões de fisioterapia. Deste modo Rafaela tem sua musculatura bem treinada.

O nutricionista de Rafaela comentou que as crianças com Síndrome de Down têm tendência de engordar muito facilmente, o que prejudica suas articulações (que já são mais molinhas) com o sobrepeso. Sendo assim, se Rafaela ganhasse peso ficaria cada vez mais difícil de estimulá-la, pois com o sobrepeso ela tem mais dificuldade de locomover por causa da fraqueza muscular e cansa com mais facilidade devido ao problema do coração.
Desta forma, Rafaela precisa de uma dieta específica e bem balanceada para que não engorde.
O terapeuta ocupacional da Rafaela está super orgulhoso de como a coordenação motora refinada dela está melhorando. Ele sugeriu para o professor que a cadeira da Rafaela fosse adaptada para que ela conseguisse sentar com uma postura melhor, já que a Rafaela tem dificuldade de se sentar ereta por muito tempo. O terapeuta também adaptou alguns engrossadores para lápis e talheres o que facilitou bastante a preensão dos instrumentos. Desde então a Rafaela melhorou bastante no desempenho nas atividades escolares.

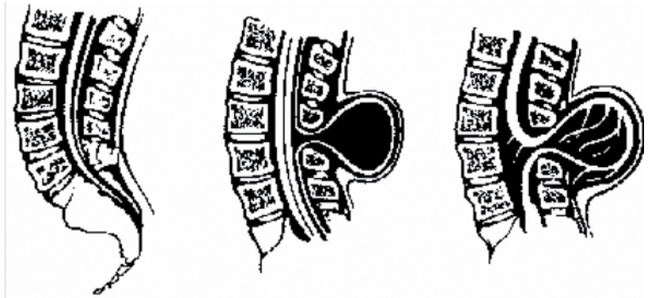
Engrossadores para lápis e borracha

A enfermeira responsável por Rafaela sempre dá uma bronquinha nela, pois sempre se esquece de escovar os dentes e de lavar as mãos. Como na escola é rotina todas as crianças lavarem as mãos e escovarem os dentes depois da merenda, a Rafaela começou a imitar as outras crianças e hoje dificilmente esquece esta prática, ficou até um pouco metódica. Mas definitivamente, a participação nas atividades de higiene que Rafaela compartilha com os colegas de escola fez com que ela recebesse nota 10 quanto aos procedimentos de higiene, contou a enfermeira.

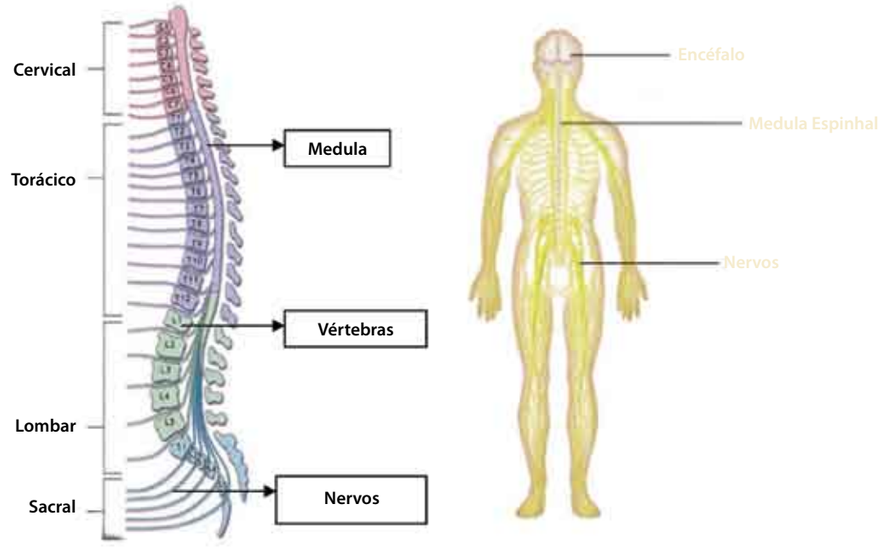
4.2 CASO DA JULIA

Julia tem seis anos, é uma menina muito amável e gosta de aprender coisas novas todos os dias.
Quando sua mãe estava grávida foi fazer um exame de ultrassom e descobriu que Julia tinha um quadro de malformação chamado mielomeningocele. Na época do diagnóstico a família ficou muito entristecida com as perspectivas que teriam por causa desta característica de Julia.

O médico de Julia explicou que isso ocorreu no momento da formação do corpo dentro do útero, quando o fechamento da coluna não era completado adequadamente e seu conteúdo (parte da medula e as meninges) ficava alojado numa bolsa do lado de fora da coluna.



O parto foi programado para ser do tipo cesariano, e assim que Julia nasceu foi levada para cirurgia para corrigir o fechamento incompleto da coluna.



Você sabia ?

- Que as crianças com mielomeningocele normalmente têm alergia ao látex existentes nas luvas de procedimentos e balões de festa. Elas também têm alergia a alguns alimentos como a banana. Ainda não se sabe a causa desta alergia, mas alguns estudos dizem que o contato muito precoce com a luva de cirurgia faz com que a criança desenvolva este quadro.

Tudo correu bem na cirurgia de Julia e algumas horas depois ela estava com a mãe no quarto do hospital. Ainda no hospital, a equipe profissional conversou com a família para explicar situações importantes para o bom cuidado da criança.

O médico contou que dependendo da altura em que a mielomeningocele acontecia na coluna a criança teria um conjunto de sintomas diferentes. Como no caso de Julia esta malformação aconteceu quase no finzinho da coluna, as sequelas que apresentaria seriam menos graves.

Vale a pena saber:

- Em alguns casos onde a mielomeningocele ocorre em locais mais altos na coluna a criança pode ser dependente de cadeira de rodas, ter escoliose (desvio lateral da coluna) importante, ou mesmo ter dificuldade de movimentar os braços.

Na orientação à família, o médico contou que os nervos que controlam o esvaziamento da bexiga de Julia ficaram prejudicados e ela precisaria de uma série de treinamentos para aprender a esvaziar a bexiga com manobras e sondagem. Explicou ainda que os pés de Júlia poderiam apresentar alguma deformidade com o crescimento , mas que isto seria observado de perto pela equipe e que, provavelmente, Júlia teria que usar órteses.

O que são órteses?

- São dispositivos que têm por função prevenir uma deformidade, ajudar na função de um membro seja membro superior ou inferior e por vezes têm função de aliviar dores por meio do posicionamento correto das articulações.
- As órteses podem ser usadas constantemente ou a cada duas horas dependendo da recomendação do médico da pessoa.

Na continuação da explicação, o médico informou que o desenvolvimento cognitivo de Julia tinha tudo para ser muito bom, mas a família deveria sempre ficar atenta para o caso da menina apresentar dores de cabeça muito fortes repentinamente, e para olhar sempre as pupilas de Julia para ver se uma estava maior que a outra, bem como se ela estivesse confusa ou lentificada em seu raciocínio.

Por que o médico fez esta orientação?

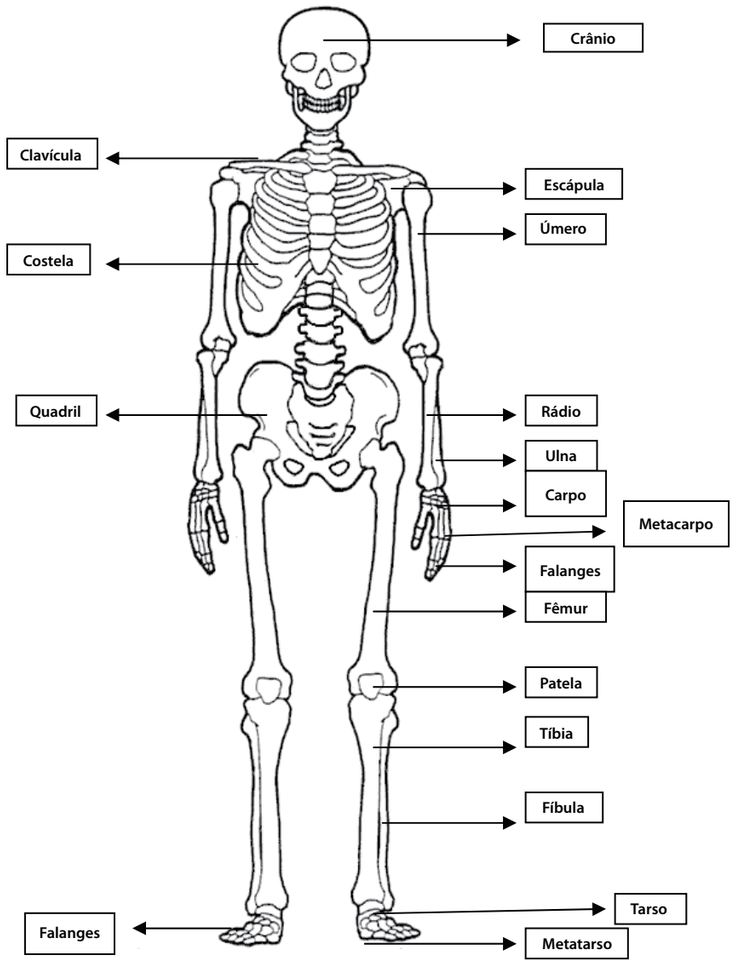
- Existe um líquido que banha todas as estruturas do sistema nervoso central chamado de líquor. O liquor circula pelo sistema nervoso central onde é produzido e absorvido.
- Devido a mielomeningocele a circulação do liquor fica prejudicada e ele começa a se acumular em alguma partes da cabeça, formando a hidrocefalia, o que gera todos os sintomas comentados pelo médico de Júlia.
- Neste caso os pais devem levar a criança ao médico para a resolução da hidrocefalia.

Júlia começou seu tratamento com fisioterapia para alongamento dos membros inferiores, posicionamento das órteses e para ser estimulada e ensinada a andar de forma adaptada à sua condição.

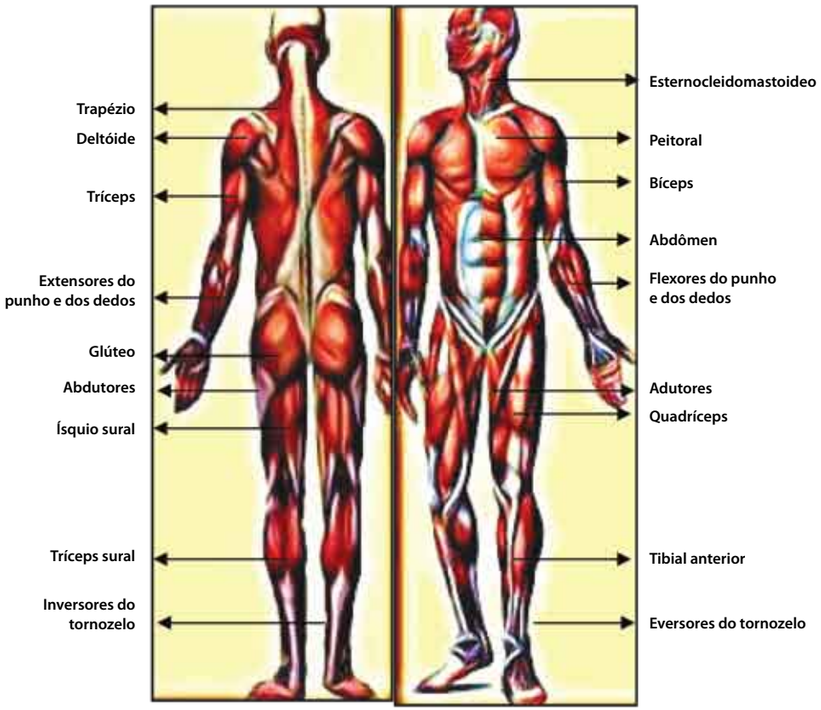
Por que Julia teve que fazer alongamento dos membros inferiores e usar órteses?

- A mielomeningocele afeta a comunicação entre sistema nervoso central e os músculos. Os músculos, sem o comando adequado do sistema nervoso central, atuam quase que por vontade própria e ficam extremamente contraídos quando tentamos alongá-los. Isto é chamado de espasticidade.

- O tratamento da espasticidade envolve os alongamentos feitos pelo fisioterapeuta e a colocação de órteses para manter o posicionamento correto das articulações e o grau de amplitude de movimento articular que a criança ganhou com a atuação do fisioterapeuta.



PROJETO REDE

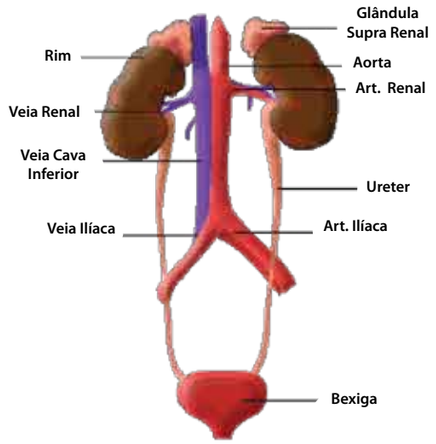


A enfermeira do centro de reabilitação ensinou a família de Júlia a passar a sonda vesical de alívio para que não acumulasse urina demais na bexiga.

Qual a importância da sondagem vesical de alívio?

- Como o médico de Júlia havia comentado, os nervos que controlam o esvaziamento da bexiga de Julia ficaram prejudicados. No entanto, ela tem perda de urina e precisa usar fralda.
- Apesar de perder urina na fralda, a bexiga não se esvazia completamente e a urina que fica retida é um meio propício para infecções. O refluxo de urina de volta para os rins pode danificá-los. No caso de Julia, que tem espasticidade dos membros inferiores, o acúmulo de urina, bem como a infecção, geram o aumento da espasticidade, o que gera muita dificuldade de se locomover e sentar-se na cadeira da sala de aula.

PROJETO REDE



Hoje Júlia frequenta escola e é boa aluna, muito querida por todos, faz algumas travessuras e toma bronca igual aos outros alunos. Nas aulas de educação física, a professora prepara algumas atividades adaptadas à condição física da menina, deste modo ela também participa de todas as atividades.
Abaixo, sugestão de algumas atividades que Julia também poderia brincar:

Brincadeira Adaptada - Deficiência Física

1) Mãe da Rua

Objetivo

Estimular noção, direção, lateralidade e tempo. Estimular o manuseio independente da cadeira de rodas (quando possível). Para alunos não cadeirantes, desenvolver habilidades motoras: pular, coordenação visomotora e equilíbrio postural.

DESENVOLVIMENTO

Marque no chão duas linhas, com giz;

As equipes terão que atravessar até o outro lado. A criança que fica no centro deve tentar pegá-los. Os que forem pegos começam a ajudar a mãe da rua. A brincadeira termina quando a turma toda for capturada.

ADAPTAÇÃO

O aluno cadeirante poderá ficar nas duas posições; ou na equipe ou como mãe da rua. Ele terá que tocar sua cadeira de rodas sozinho para fugir, mas, caso não tenha esta habilidade, outra pessoa tocará sua cadeira. Os outros alunos, para equiparar a oportunidade, terão que atravessar pulando em um pé só, assim todos estarão na mesma velocidade.

2) Nem todas as girafas são iguais

A HISTÓRIA

As girafas são conhecidas por serem os animais mais altos que existem, podendo chegar a medir até nove metros de altura. Esses animais têm o pescoço bem longo, o que possibilita que eles alcancem os alimentos que ficam nas árvores mais altas. Pensávamos assim até conhecer Tina, que era uma girafa diferente das outras.

Tina era uma girafinha que não crescia como todas as outras. Ela via as companheiras de sua idade crescendo, crescendo, enquanto ela recebia apelidos como "pintora de rodapé", "anã de jardim", entre outros, o que a deixava muito triste. Tina já tinha tentado de tudo para resolver seu problema: remédio para crescer, fazer exercícios, usar salto alto, mas nada adiantava.

Quando todas suas amigas da escola iam jogar basquete, ela apenas assistia, pois nunca era convidada para participar, devido à sua altura. Até o dia em que, na escola em que estudava, ia acontecer um torneio de basquete. Todos ficaram entusiasmados com a notícia. O time Girassol foi escolhido e, claro, Tina não foi nem ao menos lembrada. Mas era seu sonho participar de um torneio de basquete, seu esporte favorito. O que será que Tina vai fazer para participar da competição?

OBJETIVOS:

Promover a ampliação e o aprendizado de vocabulário a partir do gênero literário conto;

Conhecer a importância e a função da escrita.

DESENVOLVIMENTO:

Ler o conto e solicitar que os alunos o recontem;

Descrever a capa do livro e apresentar autora e editora;

Trabalhar os personagens principais por meio de resumos descritivos de cada um: suas características principais e ações na história;

Fazer um levantamento dos significados das palavras mais importantes do texto, por meio de um minidicionário criado pelos alunos.

ADAPTAÇÃO:

Esta atividade pode ser adaptada por meio da confecção da prancha temática para recontar a história e realizar as atividades de acordo com o desenvolvimento do aluno. A prancha temática é um recurso utilizado para promover a comunicação do aluno com incapacidade motora cerebral (IMC) (antigamente conhecida como Paralisia Cerebral), ou com deficiências físicas que tenham a oralidade comprometida, de acordo com suas potencialidades e necessidades. Essa adaptação auxiliará a aquisição de novos conteúdos e, principalmente, a comunicação do aluno, que poderá se expressar sobre o que aprendeu da história.

3) JOGO DA MEMÓRIA DE CHEIROS

OBJETIVO

Estimular a discriminação de odores a todos os alunos.

MATERIAL

12 copos descartáveis;
Pó de café;
Raspas de sabonete;
Pasta de dente;
Raspas de casca de limão;
Perfume;
Alho descascado;
Pedaço de saquinho plástico;
12 elásticos.

DESENVOLVIMENTO

Misturar todos os copos;
Utilizar uma venda nos olhos dos alunos;
Cada aluno terá que cheirar e procurar os odores iguais;
Encontrando-os deve formar o par.

MODO DE CONFECCIONAR

Separar os copos em pares;

Dividir cada material em dois copos;

Colocar o saquinho plástico por cima do copo e prendê-lo com o elástico;

Fazer diversos furos no saquinho plástico com uma agulha.

BRINCADEIRA ADAPTADA PARA ALUNOS COM MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA

4)PASSA PASSA TRÊS VEZES

OBJETIVO

Estimular atenção auditiva, percepção e interação

MATERIAL

Dois alunos ficam frente a frente, de mãos dadas, com os braços levantados, formando um túnel;

Escolhe-se um tema, por exemplo: fruta;

Depois, cada aluno do túnel escolhe a fruta que deseja ser;

Os demais alunos ficam em fila;

Todos começam a cantar a música e passar por baixo do túnel;

Quando a música acaba, os alunos abaixam os braços, prendendo o colega que está passando no momento;

Sem que os outros escutem, o que foi preso escolhe qual fruta quer;

Então, o aluno fica atrás do colega que representa a fruta escolhida;

Ganha a brincadeira quem conseguir mais participantes atrás de si.

Os temas podem variar: brinquedos, cores, alimentos, animais, etc.

ADAPTAÇÃO
Caso o aluno com múltipla deficiência necessite, os outros podem ajudar empurrando a cadeira ou auxiliando-o a caminhar;
No momento da escolha, faça placas com os desenhos e deixe que o aluno aponte qual deseja escolher.

5) BOLICHE NA CANALETA

OBJETIVO

Utilizar a coordenação motora;

Facilitar o arremesso da bola; e

Perceber distância e velocidade.

PROJETO REDE

MATERIAL

E.V.A.;

1 bola;

10 garrafas pets (de refrigerante ou água); e

1 cano de PVC, seu diâmetro dependerá do tamanho da bola, cortado ao meio.

DESENVOLVIMENTO

Revestir todo o interior da canaleta com o E.V.A.;

Cortar o cano ao meio, fazendo uma canaleta;

Colocar as garrafas dispostas em forma de triângulo

Colocar a canaleta no colo do aluno. Lembre-se de que o final dela deve ficar em direção às garrafas;

Entregar a bola ao aluno. Ele deve colocar na canaleta e deixá-la escorregar até atingir as garrafas;

O professor poderá levantar ou abaixar a canaleta para aumentar ou diminuir a velocidade da bola, mudando assim, o nível de complexidade do jogo.

A diretora da escola de Julia conta que na sala de aula poucas adaptações do mobiliário foram necessárias para a inclusão de Julia.
Julia conta que gosta muito dos colegas, da aula e que quando crescer quer ser atriz ou dentista.

4.3 CASO DO LUCAS

Luzia estava grávida quando entrou em trabalho de parto. Todo o processo do parto foi muito difícil e Lucas quase não chorou ao nascer, o pediatra o levou para a sala de cuidados intensivos até que Lucas ficasse fora de risco de morte. A pediatra contou para a mãe de Lucas que ele tinha sofrido de anoxia neonatal, que significa falta de oxigenação no cérebro logo após o nascimento.
Lucas ainda ficou internado na UTI neonatal por algumas semanas e Luzia via que Lucas não conseguia mamar direito, não conseguia sugar o leite e engasgava com frequência. Com o passar das semanas a equipe notou que Lucas tinha os músculos todos flácidos, passou a ficar com os membros superiores fletidos e os membros inferiores extendidos, porém com a musculatura toda rígida.
Lucas recebeu alta da internação e foi para casa com a mãe e a família.

PROJETO REDE

Luzia percebia que Lucas mal se comunicava com o meio que o cercava, não prestava atenção nem virava a cabeça. As únicas reações que apresentava era chorar se algo o incomodava e se acalmar ou tentar sorrir se ganhava carinho da mãe.

Nas consultas de retorno Lucas foi encaminhado ao centro de reabilitação onde o médico fisiatra o examinou e levantou o diagnóstico de Paralisia Cerebral do tipo espástica tetraplégica.

O que é paralisia cerebral?

- É uma das formas de manifestação das encefalopatias crônicas não evolutivas, em outras palavras, é uma lesão que acomete o cérebro em desenvolvimento da criança. A lesão não evolui, porém, a cicatriz que ela deixa gera sintomas predominantemente motores.

O médico fisiatra informou Luzia que Lucas sempre precisaria de atenção especial, uma vez que ele teria grande dificuldade para se mover e para se comunicar, pois seu cérebro quase não tinha controle sobre músculos do corpo e, neste caso, havia a possibilidade de desenvolvimento de deformidades articulares e escoliose. Assim, Lucas precisaria de cadeira de rodas e de mobiliário adaptado para seu dia a dia. Disse ainda que a lesão de Lucas o impediria de ter um desenvolvimento cognitivo como o das outras crianças.

Por que a criança que teve anoxia apresenta este acometimento?

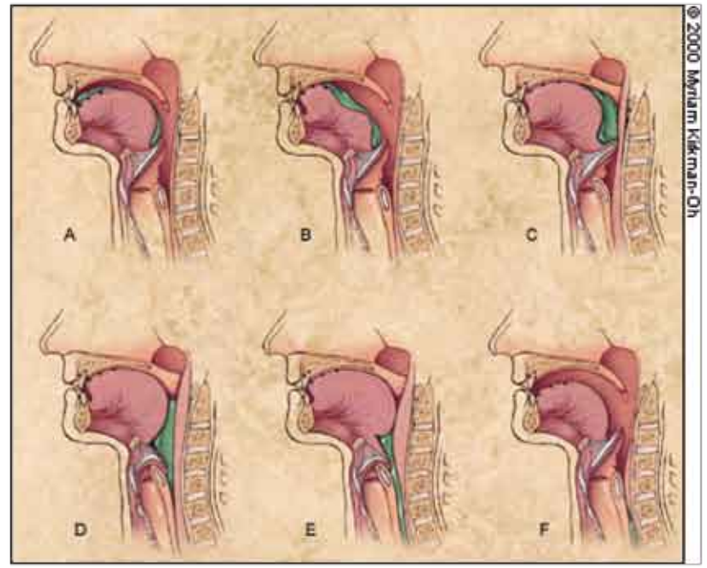
- O neurônio é uma célula extremamente especializada em transmitir impulsos elétricos e todas as suas reservas são usadas para este propósito, o que requer muita energia. Os combustíveis para essas funções acontecerem são a glicose (açúcar do sangue) e o oxigênio. Quando o oxigênio falta os neurônios morrem, e como são células altamente especializadas, os neurônios que restam não conseguem se multiplicar para ocupar o lugar dos que morreram. Sendo assim, as funções que eram comandadas pelos neurônios que morreram ficam prejudicadas.

- Eventualmente um neurônio consegue assumir as funções do neurônio que morreu, por isto a importância de se estimular quem tem esse tipo de lesão neural.

A primeira opinião que o fisiatra pediu foi a do fonoaudiólogo. Eles se preocuparam com a coordenação dos músculos da deglutição (que fazem os movimentos de engolir) já que Lucas babava constantemente e se engasgava com frequência.

Importante saber:

- A entrada do esôfago, por onde passa o alimento, e a entrada da laringe, por onde passa o ar para os pulmões, são muito próximas uma da outra. Uma incoordenação dos músculos da deglutição faz com que o alimento, ao invés de ir para o esôfago, vá para a laringe e traquéia, fazendo a criança ter pneumonia repetidas vezes.

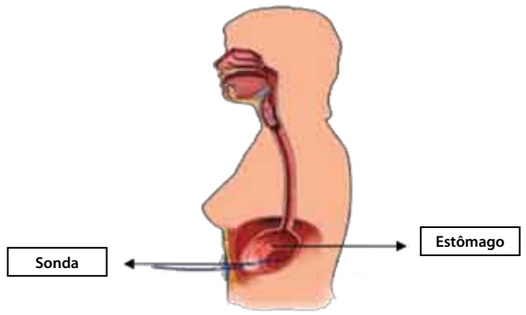


O fonoaudiólogo pediu um exame chamado videodeglutograma que analisa para onde vai o alimento depois de engolido e constatou que boa parte do alimento se desviava para a laringe e traquéia.

Desta forma, a equipe decidiu que seria mais seguro Lucas usar uma sonda de gastrostomia até que tivesse coordenação suficiente para engolir sem problemas.

O que é sonda de gastrostomia?

- É uma sonda parecida com um caninho flexível que é passada cirurgicamente pelo abdome da criança dando acesso ao alimento diretamente para o estômago.



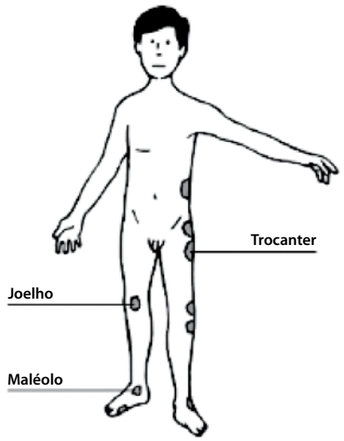
Lucas passou a ser alimentado pela sonda, parou de tossir e a ter pneumonias frequentemente.
O fonoaudiólogo continuou treinando sua musculatura da deglutição e linguagem.

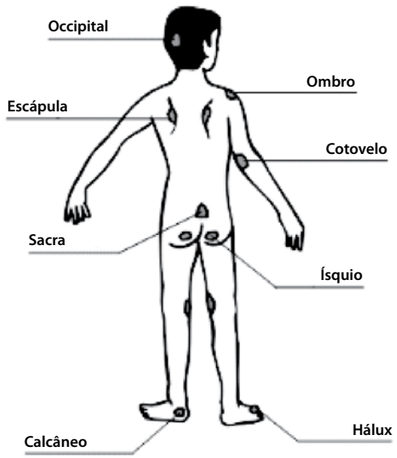
A enfermeira de Lucas ensinou a mãe sobre a sondagem vesical de alívio e sobre a higiene bucal de Lucas. Como o menino respira pela boca, sua dentição ficou entortada para frente e o formato da boca bastante arqueado. A enfermeira explicou o cuidado para o sangramento da gengiva durante a escovação e a importância de se escovar bem a língua para que não se acumule bactérias e fungos.

A enfermeira ainda explicou que era importante sempre mudá-lo de posição na cadeira, pois como ele não consegue se mexer, poderia haver formação de úlceras de pressão.

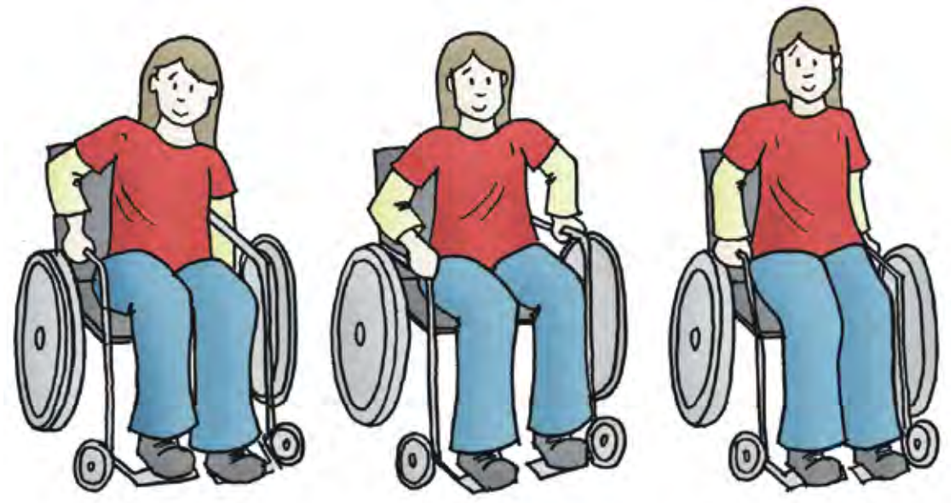
O que são úlceras de pressão?

- São feridas que surgem na pele por motivo de excesso de pressão do próprio peso da pessoa sobre o mesmo ponto do corpo. No caso de Lucas, estes pontos acontecem no bumbum, na região sacra, nos calcanhares, e na escápula. Se não forem identificadas e tratadas, estas feridas vão se abrindo até chegarem ao nível do osso.





- No caso de crianças com mobilidade dos braços podemos ensiná-las a evitar as úlceras de pressão da seguinte maneira:



Com estes movimentos chamados "push up" a criança consegue aliviar a pressão nos glúteos, evita úlceras de pressão e corrige a postura

O fisiatra de Lucas chamou a fisioterapeuta para discutirem seu caso e concluíram que antes de começar a fazer a fisioterapia era importante fazer raios-X dos ossos, pois devido ao desuso das articulações haveria possibilidade dos ossos estarem com pouco cálcio e se quebrarem - ou haver luxação (a articulação sair do lugar). Quando receberam as radiografias Lucas começou a realizar a fisioterapia para que fizesse alongamento dos músculos espásticos e pudesse começar a usar suas órteses para os tornozelos.

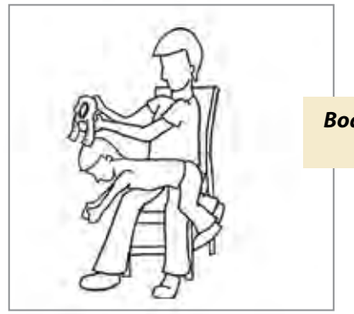
O fisioterapeuta de Lucas ofereceu para Luzia um material com várias figuras sobre como posicionar adequadamente a postura da criança com espasticidade em algumas atividades do dia a dia. Luzia emprestou o material para que pudéssemos entender também:

Dicas de posicionamentos:

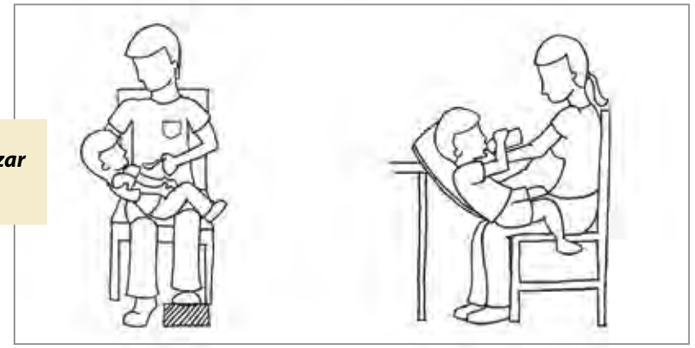
Posicionamento adequado para realizar atividades no chão

Posicionamento adequado para realizar atividades no chão

Boa postura para vestir e despir uma criança espástica



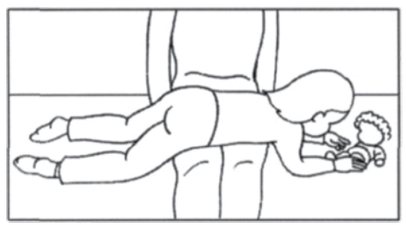
Opções de posturas para realizar as alimentações

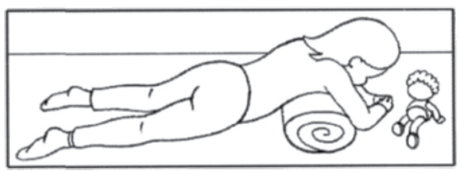


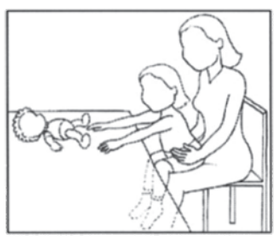
Maneiras alternativas de incentivar a criança a se locomover

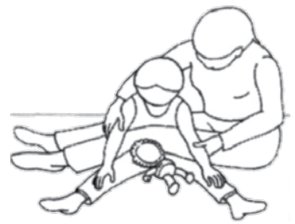
Postura para carregar criança sem equilíbrio de tronco e com equilíbrio de tronco

Posições para atividades manuais e para brincar









A terapeuta ocupacional de Lucas avaliou sua cadeira de rodas e fez diversas adaptações, para que se acomodassem adequadamente as deformidades da coluna de Lucas, e um apoio adequado para a cabeça, já que o menino tem dificuldade de sustentá-la.

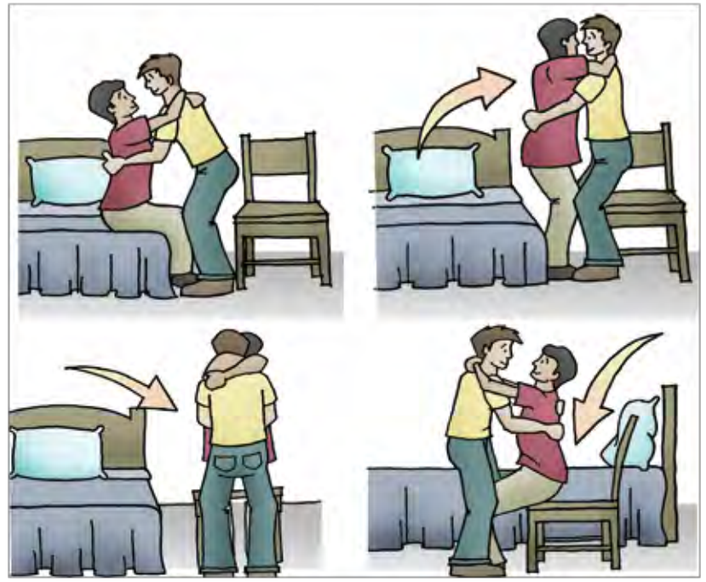
Ela ainda mostrou várias figuras para Luzia de como fazer a transferência do filho da cama para cadeira de várias maneiras diferentes, vejam só:

COMO REALIZAR AS TRANSFERÊNCIAS

- A melhor maneira de auxiliar a criança a passar da posição sentada para em pé é apoiá-la pela cintura e colocar o joelho do cuidador entre os joelhos da criança. Esta orientação é válida para quaisquer tipos de dificuldades, independente do quadro da criança. Se for possí-

vel para a criança, peça que incline o tronco para frente, no momento de se levantar. Repare que o pé do cuidador apoia os pés da criança, dando suporte e impedindo que deslize.

- Em casos de crianças com maiores dificuldades físicas a sequência abaixo ilustra o melhor manejo. Inicie sentando a criança na beirada da cama



- No caso de crianças muito pesadas ou no caso do cuidador estar apresentando quaisquer dificuldades nas transferências, peça ajuda a outra pessoa. Explique à criança o que será realizado. Quem for apoiar a parte superior do corpo da criança deve segurá-la próxima ao próprio corpo.

- Levantem a criança juntos. Dobrar as pernas, não forçar a coluna. Os cuidadores devem sempre usar sapatos baixos, bem ajustados e amarrados.

- Em uma criança que apresenta dificuldades para andar, a melhor maneira de ajudá-la é o cuidador ou familiar apoiar o lado que apresenta maiores dificuldades, colocando uma mão embaixo do braço da criança, ou da sua axila, segurando com sua outra mão a mão da criança, dando-lhe apoio e segurança. Em casos de maior desequilíbrio, o cuidador deve estar a frente da criança, segurando-a firmemente entre as mãos e os cotovelos e estimulando que olhe para frente ao andar.

Na escola, Lucas desenvolve contato com outras crianças e com alguns estímulos dos professores especializados e uma tábua de comunicação desenvolvida pelo fonoaudiólogo, já consegue apontar se tem fome, ou sede. Até conseguiu aprender a letra de seu nome e consegue apontá-la no alfabeto móvel.

A mãe de Lucas tem bastante trabalho para cuidar dele, mas após o susto inicial, já está bastante acostumada com o seu dia a dia e tem uma dedicação exemplar ao seu filho.

Para saber mais:

- Relatos de experiências escolares com alunos que apresentam necessidades educacionais especiais em atendimento na classe comum: focalizando a avaliação da aprendizagem. Referencial de Avaliação da Aprendizagem de Alunos com Necessidades Educacionais Especiais. SME/DOT Educação Especial, 2077, pg.42 – 56.

4.4 CASO DO PAULO

Regina é mãe de Paulo, que hoje tem nove anos. Desde o planejamento da gravidez até o nascimento de Paulo tudo correu muito bem. Regina tinha se consultado na UBS sobre planejamento familiar, fez o pré-natal certinho, na hora de entrar em trabalho de parto procurou o hospital de referência e Paulo nasceu com pulmões de aço, como dizia o avô, de tão alto que chorava.

Com o passar dos meses, Regina percebia que o filho, apesar de ter uma saúde muito boa, praticamente não interagia com as coisas à sua volta. Dificilmente falava algo ou prestava atenção nas coisas que aconteciam, nem quando brincava com o Paulo ele dava atenção, na verdade preferia que não tocassem nele.

Quando Paulo começou a andar, Regina percebeu que ele gostava de fazer sempre a mesma coisa. Ela percebeu também algumas manias, como por exemplo, tinha sempre que levantar da cama abrir e fechar o armário e ir para a cozinha para o café da manhã e sempre sentar na mesma cadeira. Paulo não conseguia comer se não fosse sempre no mesmo prato.

Curiosidade

- A criança com autismo monta regras e rotinas para ela mesma obedecer e fica extremamente angustiada se por qualquer motivo sua rotina é quebrada. Como a criança com autismo não se comunica, ela não sabe buscar ajuda ou conforto nestes momentos de angustia, logo ela chora e fica irritada.
- É importante saber que a rotina em alguns momentos pode "forçar" e desencadear uma desestruturação. Ocorrendo essa situação, o professor deve manter a calma, falar poucas palavras e tentar reconduzi-la a atividade.

Regina notou que o filho, quando brincava, gostava de deixar todos os brinquedos milimetricamente enfileirados e alinhados e não gostava de brincar com nenhuma outra criança. Certa vez, quando o primo foi à sua casa, Paulo não o deixou brincar com nada dele e nem percebeu que ele chorava de vontade de brincar.

Importante saber

- Dificilmente a criança com autismo interage com outras pessoas, pois raramente as percebem e quase nunca fazem contato visual. Isto faz com que eles fiquem indiferentes ao sentimento alheio.
- Nas situações de brincadeiras, as crianças com transtornos globais do desenvolvimento podem apresentar alguns tipos de reações ligadas a comunicação, interação social e uso da imaginação, isso pode afetar diretamente a relação dela com as outras crianças, com os adultos e com objetos. Portanto, o professor necessita oportunizar momentos para a criança brincar espontaneamente com parceiros da mesma idade e de idades diferentes, para acompanhar os possíveis enlaces (vínculos) que eles estabelecem, seja com as crianças, seja com as brincadeiras que os outros fazem. Tentar, sempre que possível, a partir dessa primeira percepção de quais seriam os "interesses" dessas crianças, fazer com que as outras crianças chamem, convoquem, ofereçam brinquedos, nas brincadeiras dirigidas. Se a criança estabelecer um contato direto com o professor, ele também pode ser o mediador.
- Importante que o educador oportunize brincadeiras nas quais a presença da outra criança seja indispensável, tais como: gangorra, vai e vem, dentre outras.

Certa vez, uma bandeja redonda caiu no chão e ficou girando igual peão até parar, nesse dia e em todos os outros dias que Paulo via a bandeja ficava quase que o dia inteiro só girando a bandeja e vendo-a cair. Regina também achou estranho os movimentos repetidos que ele fazia com as mãos enquanto a bandeja girava.

- Ressaltamos que, se faz necessário mudar periodicamente os brinquedos e brincadeiras. Não confundir obsessões com interesse. A conversa com as famílias se faz necessária para a descoberta das áreas de interesse, podendo ser um ponto de partida para as novas aprendizagens. Podemos ter dois tipos de experiências: com o aluno autista não é recomendado que se retire o seu objeto "autistico", aquele que ele sempre traz, com o qual fica fazendo movimentos repetitivos, ou mesmo o seu interesse por objetos que rodam, que tenham luz. Nesse caso, ir oferecendo a possibilidade desse objeto ou dessa fixação ter outro sentido que não a mera repetição. No caso de crianças psicóticas, pode-se, ao se perceber essa fixação em um objeto (brinquedo), oferecer outro.

Nesta época Paulo tinha quase quatro anos e não falava nenhuma palavra. Só chorava se algo o incomodava ou gritava.

Foi então que a mãe resolveu procurar ajuda e levou o filho ao médico. Na consulta, Regina contou toda história de Paulo. O médico realizou exame clínico e pediu alguns exames que não mostraram nenhuma alteração. Foi após várias consultas nas quais o médico entrevistava Regina e observava Paulo, que foi levantada a hipótese de autismo.

Você sabia?

- Que numa consulta médica dificilmente se faz diagnósticos fechados logo na primeira consulta?
- Normalmente os profissionais de saúde precisam de mais observações do paciente, bem como acompanhar seu desenvolvimento para que possa concluir o diagnóstico. Principalmente em casos de alteração de comportamento, onde existem diversas variáveis para serem analisadas.
- Por isto que, nestes casos, os médicos levantam hipóteses para o diagnóstico, mas não o concluem definitivamente.
- Isto porque fechar um diagnóstico é muito estigmatizante para a pessoa e extremamente perigoso começar a se tratar um quadro que, com o passar do tempo, se descobre que não era o diagnóstico correto.

O médico de Paulo indicou a Regina procurar apoio em alguns profissionais que acompanham Paulo até hoje e explicou um fato importante que deixava Regina angustiada:
"Não existe comprovação de que o autismo acontece por problemas emocionais, por ausência dos pais ou maus tratos".

Quando Regina foi procurar a psicóloga, anotou direitinho o que ela disse:

"É importante aceitar o diagnóstico e começar a agir imediatamente, pois quanto antes se iniciar os tratamentos, melhor. Intervenção precoce é sempre um indicador de bom prognóstico";

A psicóloga ainda reforçou com as seguinte orientações: "Procure manter contato visual, manifeste interesse por objetos e pelo ambiente que a criança se interessa, aos poucos, tente contato físico";

"Um caminho para estabelecer comunicação com seu filho é utilizar os gestos que ele realiza para responder ou mesmo imitá-lo";

"Persista na tentativa para que a criança atenda a comandos simples, a reconhecer e apontar objetos e figuras. Quanto à linguagem, estimule-o a emitir palavras, mesmo que isoladas, a dizer seu próprio nome";

"Portanto, no caso da criança com autismo, o lema é tentar fazer a criança deixar que você entre no 'mundo dela' e não tentar trazê-la para o 'nosso mundo' ".

Na terapia ocupacional Paulo aprendeu algumas lições valiosas para seu dia a dia e até ficou mais independente.

PROJETO REDE

Lá ele aprendeu a se alimentar e se vestir sozinho, inclusive a usar o banheiro de forma adequada. A terapeuta disse que treinou as atividades de vida diária com o menino bem aos pouquinhos, mas primeiro teve que conseguir entrar no mundo de Paulo para que conseguissem interagir.

A terapeuta ocupacional usou esta tabela para saber como estimular o Paulo.

	O QUE A CRIANÇA FAZ:	***COMO ESTIMULAR:***
1 MÊS	*Agita as mãos fechadas, enxerga sem nitidez e apenas o que está a menos de 30 centímetros, responde aos sons de chocalhos, sente prazer ao ser acariciada.*	*O principal estímulo é o toque. Isso a faz sentir-se protegida.*
2 MESES	*Segue objetos com os olhos, esboça sorriso, começa a balbuciar, reconhece a voz da mãe e a procura.*	*Instalar móbiles no berço para que o bebê possa acompanhar seus movimentos.*
3 MESES	*Descobre as mãos e as leva à boca, movimenta braços e pernas de forma simultânea.*	*Deixe a criança levar a mão à boca. Assim ela se interessará em pegar objetos. Ofereça mordedores e outros instrumentos de cores vibrantes.*
4-5 MESES	*4 meses; chora quando deixada sozinha por muito tempo, começa a reconhecer o pai, deixa de ser alimentada apenas com o leite.* *5 meses; percebe pessoas estranhas.*	*Imitar sons da criança é uma forma de se comunicar com ela. Oferecer vários sucos de frutas desenvolve o paladar. A variação de alimentos também proporciona cheiros diferentes e estimula o olfato.*
6-7 MESES	*6 meses; começa a discriminar cores. Vira a cabeça para procurar um objeto, segura a mamadeira, começa a sentar sem apoio, dá arrancos na locomoção, balança o corpo. Os balbucios tomam forma de linguagem.* *7 meses; começa a engatinhar.*	*Para incentivar a criança a sentar, a melhor posição é colocá-la de pernas bem abertas e com as mãos no meio. Brinquedos podem ser postos distantes da criança para que ela se sinta estimulada a ir buscá-los e começar a se arrastar. Outra forma de estímulo é o animal de estimação. Quando a criança observa o gato ou o cachorro andando pela casa, quer segui-lo. Evite a linguagem tatibitate. Use palavras simples e de maneira clara.*

PROJETO REDE

	O QUE A CRIANÇA FAZ:	COMO ESTIMULAR:
8 MESES	*Percebe que a mãe é uma pessoa separada dela e fica angustiada. Por isso chora à noite com mais freqüência. Começa a dizer "dá" e brinca com prazer.*	*A mãe pode ir até o quarto do bebê e acalmá-lo com colo ou colocando uma música que ele goste. Assim, a mãe demonstra que está por perto. A presença da mãe pode ser substituída por um objeto (paninho, chupeta, ursinho) ao qual a criança tenha se afeiçoado e que é deixado no berço.*
9 MESES – 1 ANO	*9 meses; demonstra vontade de ficar em pé, bate palmas, brinca de esconder, responde ao próprio nome, entende o significado da palavra não.* *10 meses; anda segurando em móveis, olha e acompanha figuras em livros.* *11 meses; tenta andar sem apoio, segura a colher, aponta os objetos que deseja pegar, repete o sorriso com os outros.* *1 ano; começa a andar, quer explorar a casa, consegue folhear um livro, faz riscos no papel, expressa as primeiras sílabas.*	*Deixar objetos espalhados pela casa com os quais a criança possa brincar sem se machucar, como bolas. Oferecer livros com cores vivas.*
2 ANOS	*Consegue chutar bola, começa a treinar a representação de papéis e faz-de-conta.*	*Contar histórias e incentivá-la a representar personagens. Se não tiver uma resposta pronta para alguma pergunta, pesquise em um livro. A criança será encorajada a fazer o mesmo no futuro. Para ajudá-la no raciocínio, em vez de pedir para que ela conte até nove, por exemplo, peça para ela juntar essa quantia de brinquedos.*

PROJETO REDE

	O QUE A CRIANÇA FAZ:	COMO ESTIMULAR:
3 ANOS	*Começa a pedalar, consegue mais firmeza motora a ponto de poder segurar um lápis ou bater no tambor com a baqueta, compartilha as brincadeiras com os coleguinhas. Está pronta para começar a ser alfabetizada.*	*Dê lápis e papel, facilite o contato com crianças da mesma idade para que a observação da maneira como os coleguinhas brincam possa enriquecer as suas próprias experiências.*
4 ANOS	*O cérebro está completamente apto a aprender novos idiomas.*	*Colocar a criança numa escola de idiomas.*
5 ANOS	*Já consegue lavar o rosto e tem maior coordenação motora. Aprende a se vestir sozinha.*	*Boa hora para iniciar algum esporte como a natação ou incentivar a criança a vestir sua própria roupa. Pode-se fazer uma pré-seleção de peças para que ela escolha.*
6 ANOS	*Está em condições de fazer esportes coletivos e assumir algumas responsabilidades.*	*Ter de cuidar de um animal de estimação é uma forma de a criança desenvolver, de maneira agradável e afetiva, a responsabilidade.*
7 ANOS	*Consegue ler e escrever frases mais longas e já pode tentar assistir a filmes legendados.*	*Levar a criança ao cinema e ajudá-la na leitura das legendas. Mostrar-lhe artigos de revistas e jornais e não parar de ler livros para ela. Apesar de saber ler, ela gosta da companhia dos pais.*

A terapeuta ocupacional também deu um livreto para Regina com sugestões de alguns brinquedos, adequados para cada faixa etária, muito parecida com estas sugestões abaixo

• 0 a 2 anos:

Nesta fase, a criança vivencia as explorações sensoriais – cores e sons; no que diz respeito a ação grosseira, é capaz de abrir/fechar, sentar, ficar de pé; já à ação fina pode atirar/pegar, carregar, bater, sacudir; é a fase também em que ocorre a imitação das atividades domésticas; as principais pessoas são os pais e familiares diretos, e a casa é o principal ambiente. Sobre a rotina e atividades da vida diária, é capaz de segurar objetos com as duas mãos, estender braços e pernas durante a ação de vestir, levar a colher à boca com ajuda (0 a 1 ano);
Comer sem ajuda, utilizar apenas uma mão para segurar copos, puxar as meias para tirar, empurrar braços e pernas para dentro das roupas e conseguir tirar roupas fáceis (1 a 2 anos).

PROJETO REDE

Os principais brinquedos dessa fase podem ser face humana, chocalho, móbile colorido (0 a 4 meses),

Materiais para estimulação tátil

Móbile

Estimulação auditiva

Chocalho com argolas finas, móbile com movimento ou som, garrafa com água e purpurina, papel celofane (4 a 8 meses).

Brinquedo interativo para estimulação sensorial integrada

Brinquedo com argolas

Caixas com tampa para retirar e/ou colocar objetos, caixa de papelão com figuras em volta (8 a 12 meses).

Caixa com tampa e objetos

Brinquedos com cordão para puxar, [illegible] e/ou de boneca (12 a 18 meses).

Brinquedo para encaixe e empilhamento

Brinquedo para encaixes com pino para puxar

Encaixe de argolas ou formas geométricas, encaixe de figuras inteiras, caixa de papelão sem fundo para passar por dentro, iniciação de cores (18 a 24 meses).

Argolas

Encaixe de formas geométricas

• 2 a 4 anos:

Nesta fase, a criança vivencia as experiências sensoriais e aventuras (ações motoras grosseiras); no que diz respeito a ação grosseira, é capaz de subir, correr, pular, arrumar; já à ação fina pode encher/esvaziar, combinar/ separar; é a fase também em que ocorre a imaginação ao contar histórias, objetos representando eventos, coisas; as principais pessoas são os pais, adversários e outros adultos, e a casa e o ar livre são os principais ambientes. Sobre a rotina e atividades da vida diária, a criança é capaz de colocar a camiseta com ajuda, limpar o nariz quando é lembrada,

Laços

Coordenação motora refinada

Encaixes

escovar os dentes quando supervisionada, cortar alimentos macios com faca, reconhecer a parte da frente da roupa, colocar meias e sapatos, despir e vestir com pouco auxílio, abrir botão e/ou gancho. Entre os principais brinquedos dessa fase estão, jogo de areia, argila e/ou massinha, revistas velhas, fantoches, quebra-cabeças com poucas partes, contar histórias, noções de tempo – antes e depois.

Cubo para treino de coordenação motora grosseira

Quebra cabeça

Construção de ambientes e histórias

• 4 a 7 anos:

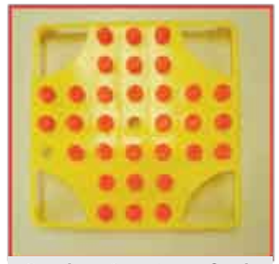
Nesta fase, a criança vivencia ações motoras finas, desempenho de papéis, e refina ações grosseiras através da coordenação e agilidade; em consideração a ação grosseira, experimenta aventuras como saltos, cambalhotas...; já a ação fina, combina materiais, faz produtos funcionarem, usa ferramentas e imita a realidade, sendo a fase

do contar histórias e desempenho de papéis dramáticos; as principais pessoas são grupos de adversários, amigos imaginários, pais e outros adultos, sendo a escola e vizinhança, os principais ambientes. Sobre a rotina e atividades, é capaz conferir frente e verso, fazer seu próprio lanche, amarrar laços na própria roupa. Entre os principais brinquedos, destacam-se jogos de argolas, amarelinha, pular corda, lápis de cor grande, tesoura, brincar de casinha, jogos de memória, pega-pega.

• 7 a 12 anos:

Na fase dos 7 a 12 anos, a criança vivencia jogos com regras, livros e quebra-cabeças; sobre a ação grosseira, refina e combina capacidades, e sobre a ação fina, obtém precisão em manipular e construir, sendo a fase do fazer, obedecer e quebrar regras, competir. Dentre as pessoas, as principais são adversários de mesmo sexo e grupos organizados, sendo a escola, vizinhança e casa os principais ambientes. Os principais brinquedos podem ser quebra-cabeça de várias peças, jogos com regras e esportes.

Quebra cabeça



Coordenação motora refinada e raciocínio

• 12 a 16 anos:

Nesta fase as crianças experimentam jogos e esportes em equipe, coleções e "hobbies"; sobre a ação grosseira, a criança é capaz de realizar esportes de precisão em equipe ou de forma individual, já sobre a ação fina, é capaz de manipular objetos de forma precisa, sendo a fase em que se enfoca o trabalho organizado em grupo. Dentre as principais pessoas de contato estão grupo de adversários de mesmo sexo, e grupos organizados, onde a escola, vizinhança, comunidade e casa são os principais ambientes.

Outro aspecto importante que deve ser ressaltado sobre brinquedo X idade, é que deve ser levado em consideração o desenvolvimento típico e atípico, pois não se deve subestimar as potencialidades da criança com quadros de deficiência ou TGD. É necessário levar em consideração tanto o interesse da criança durante o brincar quanto o oferecimento de brinquedos adequados à sua fase de desenvolvimento.

Os pedagogos de Paulo adoraram a evolução que o menino apresentou durante as sessões de terapia com a psicóloga e terapia ocupacional. Com base neste desenvolvimento, iniciaram um trabalho de busca de objetos que estivessem fora da sua linha de visão, trabalharam semelhanças e diferenças, partes e o todo em objetos, folhearam livros e revistas, montaram e desmontaram brinquedos, trabalharam com gravuras e desenho. Como resultado, hoje Paulo já consegue até escrever seu nome.

Para apoio a este trabalho, ressaltamos que os educadores consultem os documentos elaborados pela rede municipal de educação, a saber:

- *Orientações Curriculares: Expectativas de Aprendizagem e Orientações Didáticas – Educação Infantil – 2007*
- *Os tempos e espaços para a infância e suas linguagens– 2006*
- *São Paulo é uma escola: Manual de Brincadeiras – 2006*
- *Almanaque 75 anos da Educação Infantil – 2006*
- *Cadernos da Rede - Formação de Professores – "Narrativas Infantis no jogo do Faz-de-Conta"*

Já para estimular a fala do Paulo a fonoaudióloga usou a tabela abaixo para se guiar:

0 a 3 meses	*Sorriso reflexo;* *Emissão de sons guturais;* *Reconhece a voz da mãe;* *Reage aos estímulos sonoros.*
3 a 6 meses	*Vocalização (lalação);* *Controle cervical em direção ao som;* *Interrupção do choro com musicalidade*
9 a 12 meses	*Localiza a fonte sonora;* *Vocalizações com alguma articulação e intenção comunicativa;* *Compreende palavra usadas com frequência;* *Compreende ordens simples: "da tchau", "manda beijo", "bate palmas";* *Aponta com o dedo o que quer;* *Brinca ativamente (joga bola com o outro).*
12 a 18 meses	*Generaliza conceitos como todo bicho é au-au;* *Elabora frases de uma palavra só;* *Imita emissões* *Compreende o significado de alguns verbos: "qué", "dá", "pega".* *Fala em média 50 palavras*
18 a 24 meses	*Usa o próprio nome;* *Identifica as partes do corpo em si mesma e em outra pessoa;* *Presta atenção em histórias simples;* *Tenta repetir canções*
2 a 3 anos	*Elabora frases com palavras essenciais, as chamadas frases telegráficas: "qué passea" ou "vê miau";* *Perguntas com conceitos abstratos: "cadê", "o que", "onde";* *Fala de si mesma na terceira pessoa;* *Chama familiares próximos pelo nome.*
3 a 4 anos	*Conhece duas a quatro ações*
	Conhece dois adjetivos
	Nomeia uma cor
	Sabe o uso de dois a três objetos
	Conta um bloco
	Tem discurso totalmente compreensível
4 a 5 anos	*Entende, no mínimo, quatro preposições.*
	Nomeia, no mínimo, quatro cores.
	Define cinco palavras
	Conhece três adjetivos
5 a 6 anos	*Conta, no mínimo, cinco blocos.*
	Conhece, no mínimo, dois antônimos.
	Define, no mínimo, sete palavras.

Sabemos que o desenvolvimento da criança e a aquisição da linguagem caminham juntos, um está entrelaçado ao outro porque somos seres de linguagem. A característica humana por excelência é a sua linguagem. Por meio dela, transmitimos a nossa cultura.
A linguagem é uma forma de representação simbólica, fundamental para a socialização e para o aprendizado. A linguagem inclui a fala, mas não se restringe a ela. Não é só um meio de comunicação, é também a maneira pela qual a criança se apresenta e se representa para o mundo que a cerca.
No ambiente escolar, mesmo que a criança tenha problemas de linguagem oral, é importante que o professor nunca deixe de falar com ela e explicar o que está acontecendo, para que ela possa se situar nas atividades e na rotina escolar.

Quando a criança não fala, é importante verificar qual ou quais são as formas de comunicação para esta criança (usa gestos, puxa pela mão, aponta, dirige o olhar para o que lhe interessa, apenas se aproxima sutilmente de algo ou de outra pessoa, etc.). A partir destas manifestações, o professor pode introduzir situações em que a criança seja estimulada, incentivada, ou convidada, mas não obrigada a falar. Muitas crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento não apresentam linguagem oral, emitem sons, entonações ou pequenas vocalizações, em sua maioria, ininteligíveis. Todo som que a criança emite deve ser entendido como uma tentativa de fala, de chamamento e de aproximação do outro, por isso deve ser valorizada, mas não forçosamente imposta. Nestes casos, lançar mão de outros recursos de expressão para a criança pode ser uma via possível, por exemplo: fantoches, desenhos, pinturas, mímicas, música, etc.[1]

Paulo ainda não interage muito bem com outras crianças, ele ainda prefere brincar sozinho, porém algumas vezes demonstra interesse por alguma atividade diferente. Neste sentido, o fisioterapeuta orientou Regina a sempre o estimular. Foi assim que Paulo aprendeu a chutar bola, começou a ter mais coordenação nas mãos por causa das brincadeiras de palmas com a mãe. Hoje ele tem até algumas músicas favoritas que vive cantando quando está feliz.

Algumas vezes, os sons (instrumentos e músicas) podem ser mediadores no contato com esses alunos, um fio condutor do diálogo. Em outros momentos, as brincadeiras que incluem sensações corporais como rodar, rolar, fazer cócegas, por exemplo. Os brinquedos com texturas diferentes, cores, com movimentos, também podem ser mediadores do contato. Contar histórias também pode enlaçar essas crianças, brincadeiras com fantoches, esses são alguns exemplos para pensar numa aproximação.
Prestar atenção na linguagem do corpo (agitação, ou outros sinais de que algo esteja errado), pois toda a expressão do corpo é uma forma de comunicação. Nas crianças com TGD a imagem do corpo (a noção de um corpo coeso) está precariamente constituída, por isso o educador pode se defrontar com questões alimentares, questões no controle dos esfíncteres, usos incomuns para lidar com a urina e as fezes. Tentar dar um sentido para essas produções, ir nomeando-as para ir tirando-as do campo das sensações e percepções.[2]

1- Texto escrito com PARCERIA DOT-Educação Infantil/DOT- Educação Especial e Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica.
2- Texto escrito com PARCERIA DOT-Educação Infantil/DOT- Educação Especial e Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica.

🕮 Para saber mais...

- KUPFER, M.C.M. & PETRI, R. **"Por que ensinar a quem não aprende?". In: Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas.** São Paulo: IPUSP, número 9, segundo semestre de 2000, PPS 109-117.
- JERUSALINSKY, A.N. **A escolarização de crianças psicóticas. In: Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas.** São Paulo: IPUSP, número 2, segundo semestre de 1997, PPS 72-95.
- JERUSALINSKY, A.N. **Carta aberta aos pais acerca da escolarização das crianças com problemas de desenvolvimento. In: Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas.** São Paulo: IPUSP, número 9, segundo semestre de 2000, PPS 118-123.
- MARIOTTO, R.M. **Atender, cuidar e prevenir: a creche, a educação e a psicanálise**. **In: Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas.** São Paulo: IPUSP, número 15, segundo semestre de 2003, PPS 34-47.
- BERNARDINO, L.M.F. & KAMERS, M. **A creche e o brincar: alternativas para a educação no primeiro ano de vida**. **In: Estilos da Clínica: Revista sobre a infância com problemas.** São Paulo: IPUSP, número 15, segundo semestre de 2003, PPS 48-57.

Existem outros quadros de deficiência ou TGD com que os professores se deparam no ambiente escolar. Os AVE(s) são orientados para lidar com as crianças com estes quadros diferenciados e vale a pena que os professores também tenham este conhecimento.

5. QUADROS PATOLÓGICOS ABORDADOS

5.1 AUTISMO

Definição

Autismo é uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) caracterizada por:

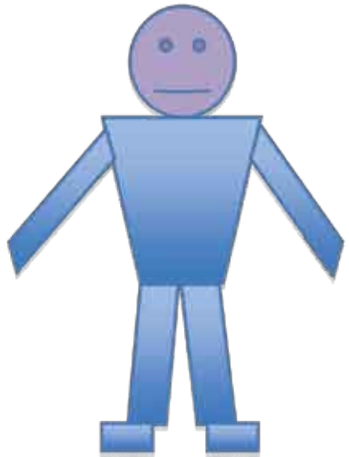
- falta de integração social e de comunicação verbal e não verbal,
- maneira diferente de brincar,
- comportamento e movimentos repetitivos.

Características

linguagem pobre ou nula, se desenvolver linguagem, há ecolalia (repetição insistente de um fonema ou palavra)

geralmente não faz contato social, não percebe o outro, não realiza contato visual

angústia intensa se os hábitos rotineiros forem quebrados



indiferente em relação aos sentimentos alheios

não busca conforto ou ajuda quando em dificuldade

gestos repetitivos, como bater palmas, abanar as mãos, balançar cabeça e tronco, gira objetos, insistentemente

Recomendações

- É importante aceitar o diagnóstico e começar a agir imediatamente, pois quanto antes se iniciar os tratamentos, melhor. Intervenção precoce é sempre um indicador de bom prognóstico;
- Não existe comprovação de que o autismo acontece por problemas emocionais, por ausência dos pais ou maus tratos;
- Socializar-se: manter contato visual, manifestar interesse por objetos e pelo ambiente, aceitar contato físico;
- Comunicar-se: responder e imitar gestos, atender comandos simples, reconhecer e apontar objetos e figuras, emitir palavras isoladas, dizer seu próprio nome;
- Cuidar-se: alimentar-se e vestir-se sozinho, mastigar e engolir corretamente, fazer uso do banheiro adequadamente;
- Estimular: procurar objetos que estejam fora da sua linha de visão, trabalhar semelhanças e diferenças, partes e o todo em objetos folhear livros e revistas, montar e desmontar brinquedos, gravuras e desenho, escrever o nome;
- Realizar atividades motoras: arremessar objetos, dar pontapés numa bola, por exemplo, dominar os movimentos e a coordenação dos membros alternadamente, dançar e/ou cantar, realizar movimentos coordenados de mãos e dedos.

5.2 SÍNDROME DE ASPERGER

Definição

Síndrome de Asperger é caracterizada por:

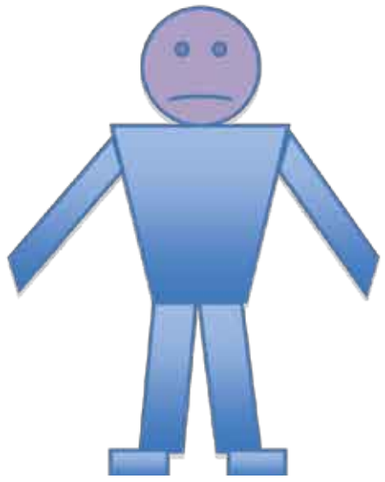
- desenvolvimento motor e mental normais, mas com dificuldade para estabelecer interações sociais,
- incapacidade ou muita dificuldade de entender o sentido das palavras ou expressões,
- prejuízo em reconhecimento de emoções ou entonações de voz.

Características

maneirismos

interesse em uma determinada área de conhecimento

"expert" em determinado assunto



contato visual pode ser extremamente difícil

dificuldade de convívio social, o que pode tornar a criança depressiva ou ansiosa

Recomendações

- Normalmente fica alegre se convidada para participar de brincadeiras ou atividades, porém, sempre respeitando seu espaço quando manifesta desejo de ficar sozinha.

5.3 SÍNDROME DE RETT

Definição

O desenvolvimento nos primeiros meses de vida é normal. Entre 6 e 24 meses aparecem os primeiros sinais da doença caracterizados por:

- Alheamento progressivo
- Perda da linguagem adquirida
- Parada ou desaceleração do desenvolvimento motor.
- Movimentos involuntários

Perto do quarto ano de vida a evolução da doença se estabiliza mantendo todo o comprometimento relatado até a adolescência, quando a doença volta a progredir com comprometimento motor grave, apesar da diminuição da estereotipia manual, melhora do contato visual e diminuição da frequência de crises convulsivas.

Características

entrelaça os dedos

leva as mãos à boca

esfregar as mãos uma na outra com movimentos rotatórios

crises convulsivas generalizadas

desequilíbrio de tronco

movimentos manuais voluntários ficam abolidos, tornando a criança incapaz de segurar objetos

Recomendações

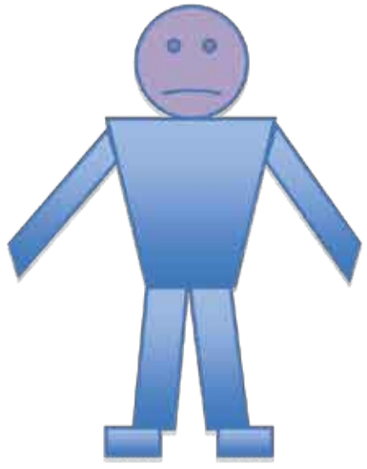
Uso de luvas para evitar que as mãos sejam machucadas nos dentes

5.4 TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA

Definição

O transtorno desintegrativo da infância (TDI) é caracterizado por um desenvolvimento aparentemente normal nos primeiros três a quatro anos de vida e após estes anos, ocorre uma perda muito grave das habilidades sociais e comunicativas. Não existe tratamento para TDI.

Características



Recomendações

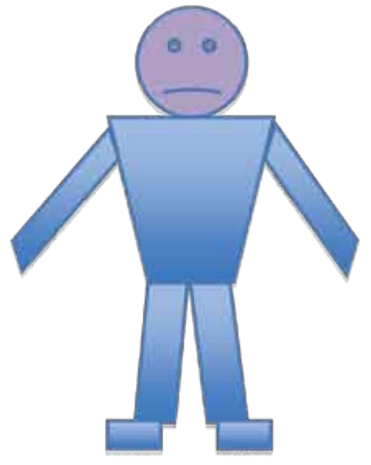
- Tendo em vista que as crianças portadoras desta síndrome comumente apresentam complicações neurológicas, especialmente a epilepsia, e funcionam no nível de grave a profundo retardo mental, recomenda-se uma abordagem multidisciplinar.
- Os pais necessitarão de psicoeducação focada nessa condição. Na maioria das vezes, quando os pais de crianças com TDI aderem a associações de pais de crianças com autismo ficam extremamente desapontados, pois o progresso visto em outras crianças com transtornos do espectro do autismo não ocorre com seu filho.

5.5 ESQUIZOFRENIA

Definição

- Em termos de comportamento e interação social, a maior parte mantém contatos sociais limitados. Adolescentes que eram socialmente ativos podem tornar-se retraídos, perdem o interesse em atividades com as quais anteriormente sentiam prazer, tornam-se menos falantes e curiosos e podem passar a maior parte de seu tempo na cama.
- Para a família esses sintomas de apatia e desinteresse, chamados de sintomas negativos, costumam ser o primeiro sinal de que algo está errado.
- Esta doença, quando manifestada na infância, caracteriza um quadro grave, com menor chance de melhora. Isto se deve ao fato da personalidade da criança ainda não ser completamente desenvolvida, o que dificulta a defesa da mente da criança contra a doença. Quando instalada na adolescência, a esquizofrenia tem evolução mais favorável, sobretudo se o desenvolvimento de sua personalidade foi satisfatório.

Características



Recomendações

- Por ser uma enfermidade crônica, com melhoras e pioras do quadro e que afeta gradualmente o desenvolvimento da criança, a esquizofrenia requer acompanhamento e tratamento constantes, sendo necessários medicamentos e terapias.
- Alguns medicamentos usados no tratamento da esquizofrenia infantil são: Clorpromazina, Tioridazina, Clozapina, Haloperidol, Tioxeno, Flufenazine.
- As recaídas na criança e adolescente com esquizofrenia normalmente estão associadas a algum fator ambiental incluindo abuso de drogas ou álcool, submissão a críticas excessivas dos pais, envolvimento emocional intenso. Algumas crianças podem apresentar depressão no decorrer da doença com risco de cometerem suicídio.

5.6 CRISE CONVULSIVA GENERALIZADA/EPILEPSIA

Definição

Para entendermos as epilepsias precisamos, antes, estabelecer alguns conceitos importantes em relação ao comportamento do cérebro.
Os neurônios são as principais células do cérebro. São eles que produzem e conduzem o impulso elétrico pelo sistema nervoso, transmitindo as informações seja de aprendizado, para controlar a musculatura ou o próprio pensamento.
Para que não haja um congestionamento de impulsos elétricos viajando de um lado para outro no cérebro, cada neurônio tem a sua vez de mandar impulsos.
Quando vários neurônios mandam impulsos ao mesmo tempo, há uma confusão de interpretação dos impulsos pelo cérebro o que gera fenômenos clínicos de ordem motora, sensitiva e/ou psíquica. A este fenômeno damos o nome de crise epiléptica.

Características

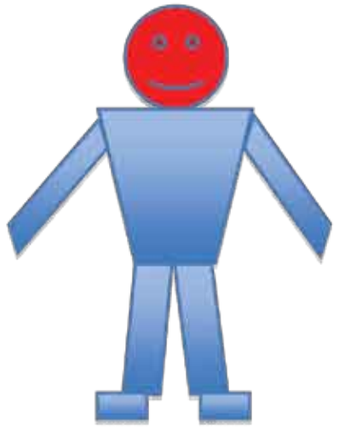
trismo (mandíbula travada)

sonolência

confusão mental

urinar ou evacuar

após a crise, recupera a consciência gradativamente



cefaléia (dor de cabeça)

vômitos

abalos musculares generalizados

queda ao solo

fadiga

Recomendações

As crises generalizadas, por vezes, podem ser duradouras (maior que 15 minutos) ou se repetirem sem que no intervalo entre uma e outra haja recuperação da consciência. Nestes casos identificamos o estado de mal epilético que é uma emergência médica grave e uma ambulância deve ser chamada.
O que fazer durante uma crise?
1) Afastar objetos que possam causar lesões na criança.
2) Afastar curiosos e dar espaço à criança.
3) Proteger a cabeça da criança com a mão ou travesseiro.
4) Virar a cabeça da criança para o lado, para que ela não aspire saliva, vômito ou líquidos que possa ter na boca.
5) Não imobilizar os membros.
6) Afrouxar as roupas.
7) Não colocar a mão na boca da criança para tracionar a língua ou inserir qualquer objeto na boca da criança.
8) Não medicar a criança exceto por orientação médica.

Obs.: É menos perigoso ficar sem se alimentar, beber água ou tomar medicamento por algumas horas após a crise, do que possibilitar que o alimento seja levado aos pulmões pela falta de condições para engolir adequadamente.

5.7 HIDROCEFALIA

Definição

O cérebro é banhado pelo líquor. Quando há um excesso de líquor, está instalado um quadro de hidrocefalia.

A hidrocefalia pode ser causada por 3 mecanismos distintos:

1) Produção excessiva de líquor;
2) Absorção deficiente do líquor;
3) Bloqueio do líquor em algum ponto de suas vias de drenagem.

A hidrocefalia geralmente leva à macrocrânia (aumento do tamanho da cabeça).

Características

às vezes, tem o olhar para baixo

irritabilidade

pode apresentar dificuldades motoras e intelectuais

crânio aumentado em todas as direções

a fala pode ficar comprometida de maneira temporária ou permanente

Recomendações

- De acordo com compreensão e expressão da linguagem são recomendadas estratégias que aumentem e facilitem as condições de comunicação.
- Com relação a alimentação, é preciso verificar a aceitação, observando o volume e a existência de engasgos e tosses durante as refeições ou num *simples* ato de beber líquidos (água, leite, suco, medicamentos).
- Devemos ficar atentos para vômitos, dores de cabeça, tonturas, sensibilidade à luz e outros distúrbios visuais, fadiga, mal estar geral, problemas percepto-visuais, mudanças de humor e diminuição do rendimento escolar.

5.8 MICROCEFALIA

Definição

Microcefalia é uma alteração da formação ou do crescimento da caixa craniana de forma a deixá-la menor que o tamanho esperado para idade da criança.

Duas são as principais causas da microcefalia:

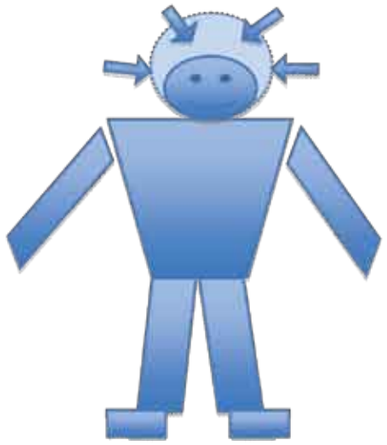
1) Malformações cerebrais por alterações genéticas;

2) Processos cerebrais destrutivos.

Características

atraso na aquisição da linguagem e fala

Dificuldade de compreensão e aprendizado



sucção, mastigação, respiração e deglutição prejudicadas

alterações do crânio

Recomendações

Dependendo do nível da alteração da função, são indicadas algumas medidas relacionadas a:

- Consistências (sólida, amassada, pastosa, líquida espessada)
- Utensílios, considerando o volume e a vazão (mamadeiras, copos, tamanho dos talheres)
- Ambiente (silencioso, estimulador)
- Posicionamento do aluno (sentado, colo, cadeira comum, cadeira especial)
- Posicionamento do auxiliador (em frente a criança, contato de olhos)

5.9 DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA DE DUCHENNE

Definição

Causada pela alteração de um gene que comanda a produção de uma proteína chamada distrofina, responsável pelo bom funcionamento dos músculos e atividades intelectuais.

Devido à localização deste gene no cromossomo X, a distrofia de Duchenne só acomete meninos.

A falta de distrofina no início da vida não gera grandes alterações na criança entretanto, após completar 1 ano de vida os pais começam a notar as dificuldades que a criança passa a apresentar.

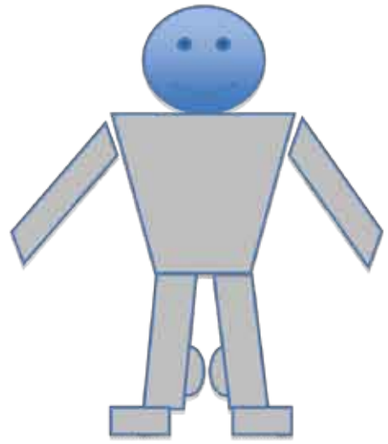
Características

cansa-se com facilidade

cadeira de rodas

engrossamento das panturrilhas

levanta do chão se auto escalando



fraqueza muscular

cai mais

dificuldades com escadas

Recomendações

- Ainda não há cura para a doença, a fisioterapia várias vezes por semana retarda a evolução da doença.
- Deve-se manter atenção durante intervalos pois a criança pode ser derrubada com facilidade e apresenta dificuldade de se levantar.

5.10 NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Definição

Crescimento anormal dos órgãos do sistema nervoso central que prejudicam sua função ou que exerce compressão sobre estes órgãos. Também conhecido como tumor.

Características

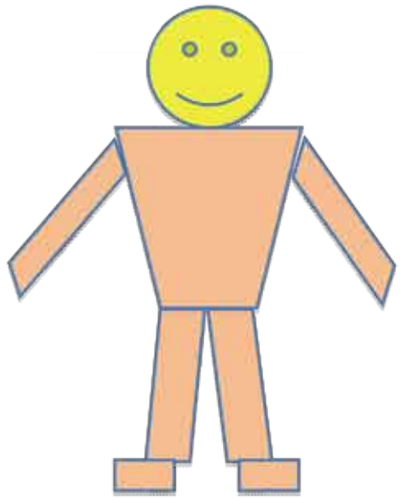
cefaleia

posição anormal da cabeça

desequilíbrios frequentes

dificuldade de manter postura

dificuldade para movimentos refinados



aumento do perímetro cefálico

vômitos

distúrbios do comportamento

incoordenação motora

mudança no padrão de marcha

Recomendações

As sequelas do tumor podem acarretar prejuízos na fala, voz, deglutição, mastigação e respiração. Assim, requer alguns cuidados que seguem:

Se houver a indicação para receber a dieta via oral (boca):

Acordado e atento

Sentado com a cabeça ereta

Se ocorrerem tosses ou engasgos frequentes, deve-se interromper a refeição e avisar ao responsável da criança, orientando-o a buscar orientação profissional (médico ou fonoaudiólogo)

Utilizar os utensílios corretos que , em geral, serão indicados pelo fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou médico fisiatra

Se indicada via alternativa de alimentação (Sonda Naso Gástrica, Sonda Naso Enteral, Gastrostomia) serão necessários procedimentos específicos orientados mais adiante neste material.

5.11 LESÃO MEDULAR

Definição

Normalmente de origem traumática, a lesão medular representa uma interrupção da transmissão de impulsos nervosos.

Na lesão medular há interrupção na comunicação do sistema nervoso central com o restante do corpo e a criança fica plégica do nível da lesão da medula para baixo.

A sensibilidade também fica alterada na lesão medular e a criança pode apresentar anestesia (ausência de sensibilidade), parestesia (sensibilidade diminuída) ou disestesia (quando o que o paciente sente não condiz com o estímulo feito, por exemplo, sentir dor ao passar um pincel sobre a pele).

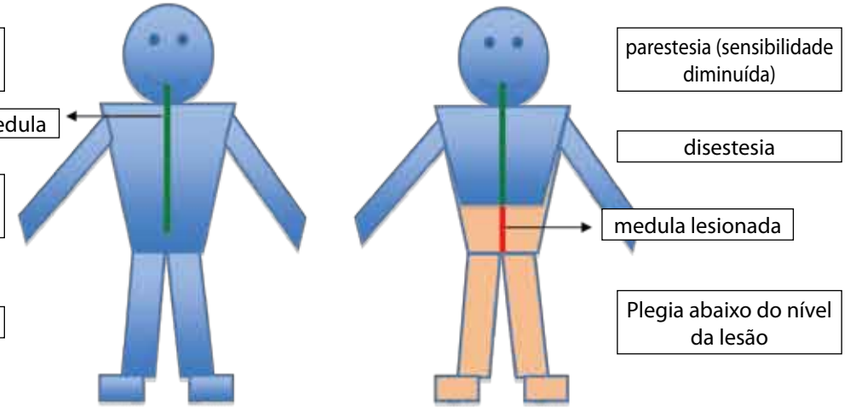
Características

anestesia (ausência de sensibilidade)

medula

paresia abaixo do nível da lesão

Úlcera de pressão



parestesia (sensibilidade diminuída)

disestesia

medula lesionada

Plegia abaixo do nível da lesão

Recomendações

- A criança necessita de cuidados para a prevenção de úlceras de pressão e alterações posturais. São necessárias órteses ou cadeira de rodas para realizar suas atividades.
- Cuidado ao sentar a criança no chão ou superfícies rugosas, elas não têm sensibilidade e não sabem se a superfície está quente, fria ou se está sendo machucada.
- Na fase lactente, os cuidados com a criança devem ser orientados à família cuidadora.
- Na fase pré-escolar, a criança deve começar a participar recebendo ensinamentos com atividades lúdicas e ilustrações.
- na fase escolar, a criança deve ser orientada e começar a tomar conta dos próprios auto cuidados, porém sempre com supervisão
- na adolescência, o auto cuidado deve ser estimulado e praticado pelo adolescente com orientações a respeito da importância do processo e das possíveis complicações

5.12 **MIELOMENINGOCELE**

Definição

Na mielomeningocele há formação anormal da medula e vértebras deixando uma passagem em aberto que se inicia desde a medula propriamente dita (parte mais interna) até a pele, formando uma bolsa recoberta por pele por fora e estruturas da medula por dentro. Daí se origina o nome da doença: mielo = medula, meningo = meninge, cele = bolsa.

Normalmente a malformação acontece em regiões lombares e sacrais e dependendo da altura da coluna em que a criança apresenta a alteração temos o quadro clínico diferente. Quanto mais baixo o nível da alteração, mais leve é o grau de acometimento clínico.

Características

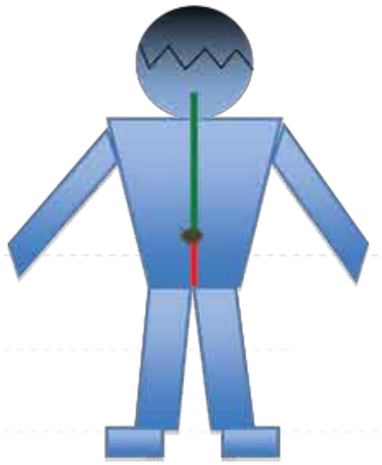
alterações de postura

infecções

cadeira de rodas

dificuldade de andar

dificuldade de urinar



órteses

mielomeningocele

úlceras de pressão

sensibilidade comprometida

pés tortos congênitos

Recomendações

- Estas crianças costumam ter o desenvolvimento cognitivo adequado e podem ser conscientizadas dos trabalhos preventivos que devem ser feitos com elas no que diz respeito à obesidade e prevenção de deformidades de coluna, membros inferiores e úlceras de pressão.
- Os mesmos cuidados oferecidos à criança com lesão medular, podem ser voltados à criança com mielomeningocele.
- Devido à alergia ao látex, não deixar a criança em contato com balões ou luvas de borracha. Podem ter também alergia a banana, abacate, batata, tomate, mamão e kiwi.

5.13 **Encefalopatias Crônicas não Evolutivas (ECNE)**

Definição

Estas encefalopatias são resultantes de uma doença ocorrida no período pré, peri ou pós-natal, portanto o agente causal esteve atuante apenas em uma fase do desenvolvimento deixando uma "cicatriz" na evolução cerebral.

Por ser um quadro não evolutivo, as crianças portadores de ECNE, salvo casos excepcionalmente graves, são capazes de fazer novas aquisições no progresso do desenvolvimento psicomotor.

Para facilitar o entendimento as ECNE são divididas em ECNE com comprometimento predominantemente motor (Paralisias Cerebrais) e ECNE com comprometimento predominantemente mental (Deficiências mentais).

Paralisia Cerebral (PC)

Há duas formas mais comuns de PC:

Espástica (mais comum)

Coreoatetósica

A forma espástica ainda se divide em formas hemiplégica, diplégica e tetraplégica conforme se segue.

5.14 PARALISIA CEREBRAL ESPÁSTICA HEMIPLÉGICA

Características

- dificuldade no aprendizado da marcha
- 33% têm convulsões
- movimentos assimétricos
- dificuldade de engatinhar

- não usa o membro acometido
- órtese
- inteligência preservada
- diminuição do volume dos membros plégicos com o crescimento corpóreo

Recomendações

- Nos pacientes hemiparéticos o trabalho na linha média favorece o estágio normal de simetria do comportamento motor.
- Deve-se proporcionar estabilidade de tronco; mobilidade do quadril, joelho e pé.
- Estimular as estratégias de equilíbrio no lado afetado.

5.15 PARALISIA CEREBRAL ESPÁSTICA DIPLÉGICA

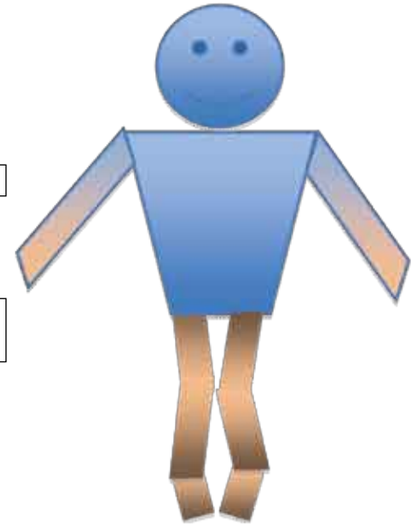
Definição

Os pais começam a notar algo errado nos primeiros meses de vida quando observam pouca movimentação das pernas durante o banho, dificuldade de rolar no berço, demora para conseguir a habilidade de sentar-se sem apoio sendo a posição em pé realizada com as pernas endurecidas com apoio na ponta dos pés e postura em tesoura (pernas cruzadas).

A grande maioria das crianças acometidas é prematura ou sofreu asfixia perinatal.

Características

- inteligência normal
- espasticidade dos membros inferiores



- membros superiores podem apresentar pequena alteração
- órteses

Recomendações

- Crianças com paralisia diplégica, além dos aspectos citados acima, devemos dar ênfase na melhora da mobilidade do quadril e ganho de extensão de tronco e quadril.

5.16 PARALISIA CEREBRAL ESPÁSTICA TETRAPLÉGICA

Definição

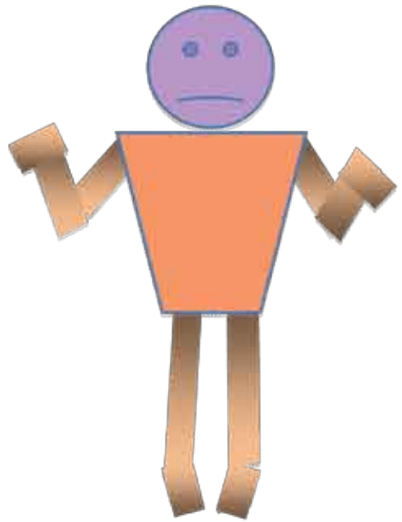
É uma grande encefalopatia, grave, cujo desenvolvimento psicomotor é praticamente nulo.

Dificilmente conseguem sentar-se, permanecem deitados.

A maioria delas apresenta crises convulsivas, e tem histórico de trauma durante a gestação, acidente anestésico, eclampsia ou asfixia neonatal importante.

Características

- contato precário
- crises convulsivas
- membros superiores fletidos
- Alimentação via sonda naso gástrica ou gastrostomia
- membros inferiores estendidos



- demonstra algum grau de satisfação quando confortadas
- Não conseguem se alimentar sozinhos
- dificuldade de engolir saliva
- órteses
- Cadeira de rodas adaptada

Recomendações

- Deve-se atentar para a higiene da criança, bem como o horário de sua alimentação e hidratação uma vez que ela não se comunica e é incapaz de resolver suas necessidades
- O posicionamento postural e as órteses devem ser conferidos
- Prevenção de úlceras de pressão e broncoaspiração

5.17 PARALISIA CEREBRAL COREOATETÓSICA

Definição

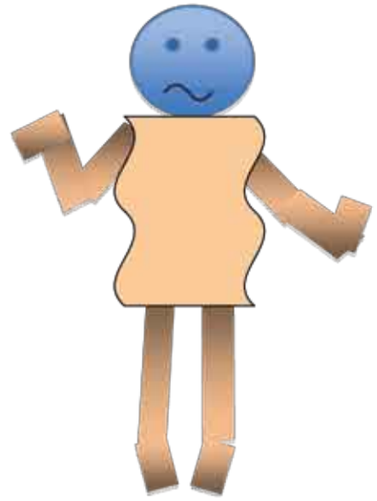
Causadas basicamente por asfixia neonatal grave e kernicterus (deposição de bilirrubina no cérebro, a mesma substância que, quando depositada na pele, deixa-a amarelada caracterizando a icterícia neonatal).

Inicialmente a criança tem intensa hipotonia (relaxamento muscular) o que leva a um atraso importante das aquisições de motricidade, porém a criança apresenta alguma rigidez durante a manipulação e movimentos anormais com a boca e língua.

Os movimentos atetósicos se intensificam com emoções e diminuem durante o sono, o aprendizado da marcha é raro, sendo a maioria das crianças dependente de cadeira de rodas.

Características

- faz caretas involuntárias constantemente
- dificuldade em adquirir a fala
- movimento involuntário de torção de tronco e pescoço



- inteligência intacta
- coordenação motora fina prejudica

Recomendações

- Devemos estimular a criança a ser o mais participativa possível
- Estimular o controle ativo do alinhamento postural e equilíbrio
- Proporcionar transferência de peso com mobilidade
- Trabalhar a dissociação entre tronco e membros
- Favorecer padrões de movimento que levem a uma função.

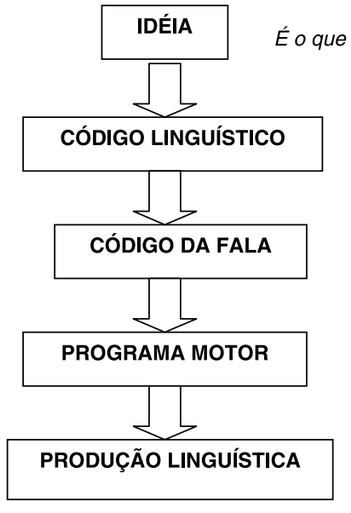
Lembrar sempre que na paralisia cerebral coreoatetósica a função cognitiva da criança é totalmente preservada

Nos casos onde há lesão das vias e centro motores do cérebro não existe razão para haver problemas no desenvolvimento da linguagem propriamente. Teoricamente, o déficit da comunicação é justificado pelos transtornos da articulação, respiração, voz, fluência e prosódia.

O grau de comprometimento da comunicação dependerá do tipo de alteração motora global. Mas é possível distinguir os seguintes aspectos, embora aconteçam, em geral, concomitantes:

1. alterações da Fala (articulação)
2. alterações da Voz (fonação)
3. alterações na aquisição da Linguagem

Entender o porquê do distúrbio da comunicação nos serve de orientação para sabermos como agir e estimular da maneira mais adequada o desenvolvimento da linguagem e da fala. Para isso, devemos entender os elementos que compõem a expressão verbal:



É o que se deseja falar. Depende das vivências.

É a "imagem da palavra". Depende do conceito.

É a palavra. Depende do vocabulário.

É a execução do ato motor da fala. Depende do comando motor.

É a fala propriamente.

5.18 OSTEOGÊNESE IMPERFECTA

Definição

Doença causada por alteração genética que resulta em deficiência na produção da matéria prima do osso. Esta deficiência leva à produção de um osso mais fraco que o normal, e que não resiste aos esforços do dia a dia normal possibilitando várias fraturas ósseas durante a vida.

Características

- deformidade da coluna
- fraturas
- doenças pulmonares
- alterações auditivas
- dentes anormais
- dores de cabeça
- deformidades ósseas
- mobilidade comprometida
- cadeira de rodas
- baixa estatura

Recomendações

- Cuidado e delicadeza para pegar a criança no colo, ajudá-la a se locomover, higienizar ou trocar; seus ossos são muito frágeis e se quebram facilmente
- A criança deve sentar-se sempre em locais macios com apoios almofadados
- Devido a deformidade da coluna os pulmões têm espaço reduzido para se expandir, o que facilita o aparecimento de infecções pulmonares e reduz a capacidade respiratória da criança
- A criança não consegue fazer esforços musculares muito grandes como carregar sobrepesos, devido à fragilidade dos ossos

5.19 **Deficiência Intelectual**

Cognitivo

A própria AAMR (American Association on Mental Retardation)1 (2006) aponta um novo conceito de deficiência intelectual, já apresentado no Sistema de 1992 e aprofundado no Sistema conceitual de 2002. Posterior a esta proposição conceitual, reconhece a necessidade de mudança terminológica e publica novo documento (AAID, 2007) cunhando o termo "deficiência intelectual", conforme proposta na Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual (OPS/OMS, 2008). Desta forma, anuncia-se uma mudança não apenas conceitual, mas de concepção: da forma como se compreende e se pode apreender o sentido da deficiência intelectual nos processos de mediação social e educacional.

No entanto, não podemos perder de vista as especificidades da deficiência intelectual para que, justamente, possamos oferecer respostas educativas adequadas para se garantir o seu pleno desenvolvimento escolar. Um destes aspectos refere-se a sua base conceitual, ou seja, as características específicas da deficiência intelectual apontadas pelo próprio conceito, e sua múltipla dimensionalidade, que, no sistema conceitual de 2002, da Associação Americana de Retardo Mental (CARVALHO E MACIEL, 2003; AAMR, 2006; FONTES,PLETSCH, BRAUN, GLAT, 2007) irá considerar cinco dimensões de análise:

Dimensão I: Habilidades Intelectuais – concebida como capacidade geral de planejar, raciocinar, solucionar problemas, exercer o pensamento abstrato, compreender ideias complexas, apresentar rapidez de aprendizagem e aprendizagem por meio da experiência;

Dimensão II: Comportamento Adaptativo – considerando-se o conjunto de habilidades práticas, sociais e conceituais, com o seguinte significado:

- conceituais: relacionada aos aspectos acadêmicos, cognitivos e de comunicação;
- sociais: relacionadas à responsabilidade, autoestima, habilidades interpessoais, credulidade e ingenuidade, observância de regras e leis.
- práticas: exercício da autonomia – atividades de vida diária, ocupacionais e de segurança pessoal.

Dimensão III: Participação, Interações, Papéis Sociais – que deverá considerar a participação do sujeito na vida comunitária – avaliação das interações sociais e dos papéis vivenciado pelas pessoas.

Dimensão IV: Saúde - condições de saúde física e mental – fatores etiológicos e de saúde física e mental.

Dimensão V: Contextos – relacionado ao ambiente sócio-cultural no qual a pessoa com deficiência intelectual vive e como se dá o seu funcionamento nestes contextos. Devem ser considerados:

• o microssistema – ambiente social imediato - família e os que lhe são próximos;

• o mesossistema – a vizinhança, a comunidade e as organizações educacionais e de apoio;

- o macrossistema – o contexto cultural, a sociedade e os grupos populacionais. Além de ampliar o universo de análise conceitual da deficiência intelectual e considerar a prática social, há ainda, o estabelecimento dos níveis de apoio necessários para garantir o seu desenvolvimento e atender as suas necessidades. Desta forma, há uma expressiva mudança de foco: do individual para o sistema de apoio; assim, o funcionamento individual é considerado como resultante da interação dos apoios com as dimensões conceituais. Esta nova forma de conceituar a deficiência intelectual avança no sentido de que deixa de considerar a deficiência como estática ou imutável, e passa a considerar o contrário.

Portanto, as estratégias de ensino devem considerar esta multidimensionalidade,os diferentes contextos e os níveis de apoio. Assim, além da proposição de estratégias participativas na sala de aula comum, que possibilite a plena inserção de alunos com deficiência intelectual, também há de se considerar e prever os níveis de apoio pedagógico que se farão necessários para oferecer o suporte de aprendizagem para este aluno, ou seja, considerar sua forma peculiar de aprender e de funcionar no mundo que o rodeia.

Um dos aspectos que nos parecem ser de grande importância na área da deficiência intelectual está ligado à metodologia de ensino no contexto da classe regular, ou seja, a busca de alternativas pedagógicas através das quais os alunos com deficiência intelectual sejam membros participativos e atuantes do processo educacional no interior das salas de aula e sua presença seja considerada. A escola deve tomar para si a responsabilidade acerca de seu processo de conhecimento e de inserção cultural.

Prejuízo na cognição

Qualquer alteração neuropsiquiátrica, funcional ou orgânica, suficiente para comprometer o sistema sensorial, seja a nível periférico ou a nível central, terá interferência na apreensão dos estímulos. Não podemos deixar de citar as agnosias visual e auditiva ao estudar as interferências nos distúrbios de aprendizagem. No caso da agnosia visual a pessoa vê, enxerga mas não sabe o que está vendo, impossibilitando a leitura. As lesões neurológicas responsáveis são quase sempre bilaterais e afetam as áreas occipitais. A agnosia auditiva, por sua vez, é quando o paciente ouve sons e ruídos, porém não consegue identificá-los, não os compreende.

A deficiência intelectual (DI) é uma situação estável e não progressiva advinda de uma insuficiência ou não adequação intelectual que se origina durante o período de desenvolvimento e que impede o ajustamento social independente.

Por ser uma situação estável ela é mantida para o resto da vida, ou seja, não há cura, e o indivíduo terá dificuldade maior na resolução dos problemas de vida diários como aprendizado escolar, formação profissional e interação das relações humanas.

A DI podem ter 3 diferentes causas: pré-natais, perinatais e pós-natais. Algumas DI têm causa desconhecida, mas as causas pré-natais são as mais frequentes, com taxas de 55 a 75% das DI. Portanto, neste momento, vamos nos ater às DI de causa pré-natal.

Dentre as DI de causa pré-natal as principais são causadas por cromossomopatias, ou seja, doenças do cromossomo.

Cromossomos são estruturas localizadas nos núcleos de cada célula do corpo e são responsáveis por carregar todo o código genético da pessoa. Uma pessoa sem cromossomopatia possui 23 pares de cromossomos, sendo, o último par, os cromossomos sexuais que determinam o gênero da pessoa. Mulheres apresentam o último par de cromossomos XX e homens apresentam o último par de cromossomos XY.

5.20 **Síndrome de Down ou Trissomia do 21**

Definição

Provavelmente a mais conhecida e frequente causa de DI em nosso meio. É causada por haver um cromossomo a mais no par de cromossomos de número 21, acarretando diversas alterações no organismo e comportamento.

Características

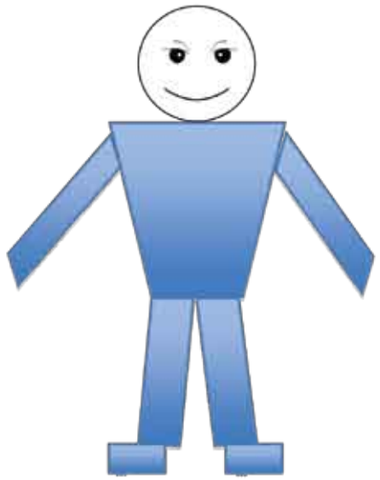
susceptibilidade a infecções de trato respiratório

orelhas pequenas

malformações cardíacas

mãos curtas e largas

quadril pequeno



achatamento de base do nariz

protrusão lingual

hipotonia

pescoço curto

prega na pálpebra superior

Recomendações

- Da mesma forma, experimentam todos os tipos de sentimento e sensações inerentes ao convívio social tais como amor, amizade, irritação, libido, ansiedade, raiva e etc.
- Com o avanço da medicina atual o acompanhamento das pessoas com síndrome de Down melhorou muito e estes facilmente ultrapassam os 30 anos de idade.
- Não existem atividades específicas e diferenciadas para os alunos com síndrome de Down. Todo o processo de alfabetização passa pelas mesmas etapas que os outros alunos, apenas devemos respeitar o ritmo de aprendizagem da criança.
- Incentive o uso da escrita como uma função social e não apenas como uma reprodução; utilize pequenos textos de memória como parlendas, cantigas de roda, adivinhas; desenvolva trabalhos com o nome; brincadeiras na qual se trabalhe a escrita e construção das regras; jogos relacionando imagem à escrita, letras móveis e textos fatiados para a reconstrução, etc.

5.21 **Síndrome do X Frágil ou Síndrome de Martin Bell**

Definição

Esta síndrome atinge 1 em cada 2000 homens e 1 em cada 4000 mulheres.

O atraso no desenvolvimento intelectual é a característica mais significante e pode ser variável, indo desde uma dificuldade de aprendizado, passando por distúrbios de conduta com hiperatividade, até retardo grave e comportamento autístico.

As principais dificuldades das pessoas com Síndrome do X Frágil estão na abstração e na integração de informações.

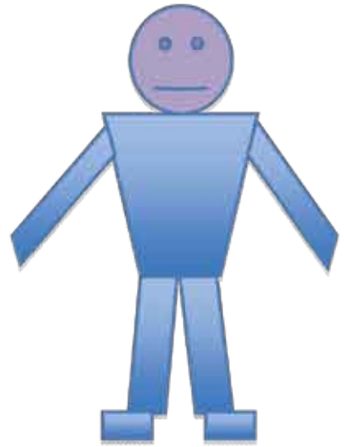
Características

hiperextensibilidade articular

face alongada

palato ogival

pés planos



orelha em abano

lábios grossos

prognatismo (mandíbula projetada para frente)

macroorquidia (testículos grandes) em adultos e adolescentes.

Recomendações

Para a inclusão de crianças com DI é necessária atenção nas seguintes áreas:

- Afetiva: Para que a criança possa, na medida de sua capacidade, tornar-se independente, com iniciativas próprias, sabendo respeitar os sentimentos dos outros alunos e expressar os seus próprios. Desta forma a criança estará apta a gerar interesse no meio que o cerca, encontrando soluções para um problema usando a criatividade, mantendo-se motivado a participar das atividades escolares.
- Social: Para que a criança aprenda regras sociais, estabeleça interações baseadas em respeito mútuo, criar e manter trocas sociais com seus pares alicerçadas em cooperação, visando a construção de condutas compatíveis com os estágios de desenvolvimento em que se encontra.
- Cognitiva: Para que a criança entenda relações espaciais, temporais e causais do ambiente em que vive, e expresse seus entendimentos por meio de linguagem oral, do desenho ou brincadeira.

5.22 **Amputados**

Definição

Amputação pode ser definida como a retirada cirúrgica ou traumática, parcial ou total de um segmento corpóreo. Ao restante do membro que é poupado numa amputação damos o nome de coto.

Os níveis de amputação são bastante variáveis podendo ir desde os dedos das mãos ou pés, passando por desarticulações ou até mesmo a retirada de todo o membro.

Diferentemente das órteses, que executam uma função ou alinhamento para o membro, as próteses tem por função substituir o membro amputado e executar uma ou mais funções que aquele membro possuía.

A criança pode sofrer de sensação ou dor fantasma que são definidas pelos pacientes como sensação ou dor no membro que já não existe mais. Estes fenômenos ocorrem pois há necessidade de uma adaptação do cérebro à não existência do membro. Até que o cérebro se adapte à esta nova situação ele ainda interpreta informações como se o membro amputado ainda existisse.

Muitas crianças podem sentir dores fortes ou ter uma sensibilidade bastante aumentada na pele do coto. Isto acontece devido aos nervos que foram cortados na amputação tentando se regenerar. Para que se evite este tipo de sensibilidade alterada a criança passa por um processo de dessensibilização do coto.

Características

enfaixamento

prótese

alongamento do coto

sensação ou dor fantasma

sensibilidade aumentada na pele do coto

Recomendações

- A dessensibilização é a estimulação da pele do coto com diferentes texturas a fim de diminuir a hiperssensibilidade das terminações nervosas do coto.
- Enfaixamento que ele deve ter para que seja modelado adequadamente para o perfeito encaixe com a futura prótese.
- Não permitir posturas viciosas do coto que resultarão em diminuição da amplitude de movimento.
- Checar ajustes e encaixe das próteses para prevenir feridas.

5.23 **Distúrbios Comportamentais**

Os problemas de comportamento podem acarretar de maneira predominante dificuldades de aprendizagem. Esses quadros são classificados como Comportamento Destrutivo e, dentro deles, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Transtorno Desafiador e Opositivo.

A proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1 em estudos populacionais até 9:1 em estudos clínicos. A diferença entre essas proporções provavelmente se deve ao fato de as meninas apresentarem mais transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) com predomínio de desatenção e menos sintomas de conduta em comorbidade, causando menos incômodo às famílias e à escola, e, portanto, serem menos encaminhadas a tratamento.

Apesar do grande número de estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas. Entretanto, a influência de fatores genéticos e ambientais no seu desenvolvimento é amplamente aceita na literatura.

Alguns autores encontraram uma associação positiva entre algumas adversidades psicossociais (discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia materna e colocação em lar adotivo) e o TDAH.

Recentemente documentaram uma associação significativa entre exposição a fumo e álcool durante a gravidez e a presença de TDAH nos filhos, a qual se manteve mesmo após controle para psicopatologia familiar (incluindo TDAH),

Do ponto de vista neuroevolutivo, é aceitável certo nível de hiperatividade pura em crianças sem lesão até aproximadamente os 4 a 5 anos de idade, visto que a região pré-frontal, onde está o "freio motor", só completa seu ciclo mielinogenético nesta faixa estaria.

Os sintomas clássicos da síndrome caracterizam-se por desatenção, hiperatividade e impulsividade.

É importante verificar se a criança não segue as instruções por não conseguir manter a atenção durante a explicação das mesmas.

Ao longo do desenvolvimento, o TDAH está associado com o risco aumentado de baixo desempenho escolar, repetência, expulsões e suspensões escolares, relações difíceis com familiares e colegas, desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa auto-estima, problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso de drogas precoces, acidentes de carro e multas por excesso de velocidade, assim com dificuldades de relacionamento na vida adulta, no casamento e no trabalho.
O tratamento do TDAH envolve uma abordagem múltipla, englobando intervenções psicossociais e psicofarmacológicas, estas reservadas somente para últimos casos. No âmbito das intervenções psicossociais, é fundamental que o profissional possa educar a família sobre o transtorno, através de informações claras e precisas. Muitas vezes é necessário um programa de treinamento para os pais. É importante que eles conheçam as melhores estratégias para o auxílio de seus filhos na organização e no planejamento das atividades.

Intervenções no âmbito escolar também são importantes. Uma sala de aula bem estruturada, com poucos alunos, rotinas diárias consistentes e ambientes escolares previsíveis ajudam essas crianças a manterem o controle emocional. O ensino ativo que incorporem a atividade física com o processo de aprendizagem é fundamental. É importante que o aluno com TDAH receba o máximo possível de atendimento individualizado. Ele deve ser colocado na primeira fila da sala de aula, próximo da professora e longe da janela, ou seja, em local que ele tenha menor probabilidade de distrair-se. Muitas vezes crianças com TDAH precisam de reforço de conteúdo em determinadas disciplinas. Outras vezes, é necessário um acompanhamento psicopedagógico centrado no aprendizado.

A criança com TDAH apresenta-se com dificuldade de se manter quieta em sua cadeira, distrai e perturba outras crianças, não consegue fixar atenção sobre a tarefa deixando seus trabalhos incompletos ou mal feitos, perde ou quebra materiais, não consegue aguardar sua vez de brincar e/ou responder perguntas. Em casa, também se mantém hiperativo e poucas atividades prendem seu interesse como "video-games". Engaja-se em atividades sem avaliar o risco potencial tal como subir no telhado. Tende a ser desajeitado com as mãos e não consegue amarrar os sapatos ou se veste com dificuldade. Não tem má índole, mas é emocionalmente lábil, tem baixa tolerância à frustração e por vezes fica extremamente irritado.

Normalmente as crianças que apresentam dificuldades específicas no início da escolarização, embora não tenham nenhum problema neuropsiquiátrico, provavelmente precisarão de maior atenção. São crianças que terão de desenvolver suas habilidades daquilo que é ensinado. Portanto, cada uma delas precisa ser investigada e compreendida particularmente em suas dificuldades.

5.24 **Depressão**

O Transtorno Depressivo Infantil é um transtorno do humor capaz de comprometer o desenvolvimento da criança ou do adolescente e interferir no seu processo de maturidade psicológica e social.

Apesar da tamanha importância da Depressão da Infância e Adolescência em relação à qualidade de vida, ao suicídio, às dificuldades na escola, no trabalho e no ajuste pessoal, esse quadro não tem sido devidamente valorizado por familiares e profissionais e nem adequadamente diagnosticado.
Embora na maioria das crianças os sintomas da Depressão sejam atípicos, alguns podem apresentar sintomas clássicos de Depressão, tais como tristeza, ansiedade, expectativa pessimista, mudanças no hábito alimentar e no sono ou, por outro lado, problemas físicos, como dores inespecíficas, fraqueza, tonturas, mal estar geral que não respondem ao tratamento médico habitual.

Na criança e no adolescente a Depressão, em sua forma atípica, esconde verdadeiros sentimentos depressivos através da irritabilidade, da agressividade, da hiperatividade e da rebeldia.

A depressão na criança e/ou adolescente pode ter início com perda de interesse pelas atividades que habitualmente eram interessantes, manifestando-se como uma espécie de aborrecimento constante diante dos

jogos, brincadeiras, esportes, sair com os amigos, etc, além de apatia, adinamia e redução significativa da atividade. Às vezes pode haver tristeza.

De forma complementar aparece diminuição da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo, sentimentos de inferioridade e baixa auto-estima, ideias de culpa e inutilidade, tendência ao pessimismo, transtornos do sono e da alimentação e, dependendo da gravidade, ideação suicida.

As alterações cognitivas da Depressão Infantil, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória interferem sobremaneira no rendimento escolar. A Ansiedade Patológica na Infância e Adolescência também interfere negativamente na atenção das crianças. Dentro desse quadro situa-se a chamada Fobia Escolar, mais adequadamente chamada de Transtorno de Ansiedade de Separação. A característica essencial desse transtorno é a ansiedade excessiva envolvendo o afastamento de casa ou de pessoas com forte vínculo afetivo, normalmente a mãe.

As crianças com este transtorno experimentam um sofrimento excessivo quando separados de casa ou de pessoas de vinculação afetiva importante, bem como podem sofrer antecipadamente diante da simples possibilidade de futura separação. Alguns pacientes com Transtorno de Ansiedade de Separação sentem saudade extrema e chegam a sentir-se doentes (com febre, diarréia, vômito, etc.) devido ao desconforto por estarem longe de casa, incluindo a escola. Por causa disso tudo essas crianças podem apresentar grande relutância ou recusa a irem à escola e, uma vez lá, ficam tão ansiosas que não conseguem prestar atenção necessária.

5.25 **Comunicação**

A comunicação não acontece única e exclusivamente através da fala. Certamente, é a forma mais eficiente de comunicação, porém não é a única. Nos Transtornos do Desenvolvimento é preciso considerar outros sinais de expressão, tais como: face, olhar, corpo, choro e riso.

O Distúrbio da Comunicação se manifesta de maneira individual e, dessa forma, os objetivos acadêmicos e estratégias escolares devem estar adequados à habilidade intelectual e nível de funcionamento do aluno.

Algumas estratégias gerais podem ser úteis para estimular a compreensão e a expressão do aluno:

- Variação da entonação – a variação da entonação vocal pode auxiliar o aluno a entender a aprovação e a reprovação de suas ações.

- Gestos – maximiza a compreensão do aluno quando associado ao comando verbal. E o aluno poderá fazer uso de gestos para se expressar e nem sempre serão representativos, ou seja, "claros" a ponto de serem compreendidos. Para isso, é preciso observar a sistematização dos gestos em uso no dia a dia escolar.

- Símbolos, Sinais e Escrita – imagens que podem auxiliar na expressão quando a fala é ausente ou ineficiente. Pode ser necessário introduzir estratégias da área de Comunicação Suplementar e Aumentativa.

Além disso, nestes casos em especial, em que o principal déficit é na interação social, o convívio com os professores, colegas e funcionários deve ser estimulado de maneira que todos aprendam as peculiaridades da comunicação destes alunos, bem como o próprio aluno com tais características seja estimulado a se expressar da maneira mais "clara" e adequada possível e compatível as suas limitações relacionais.

5.26 **Síndrome dos Maus tratos**

Historicamente o conceito de violência vem sendo ampliado, em decorrência da maior conscientização a respeito do bem-estar da criança e do adolescente, de seus direitos e dos efeitos que a violência exerce sobre o seu desenvolvimento.

Definindo maus tratos
"Define-se o abuso ou maus tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência,autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa." (Deslandes, 1994).
A definição do que possa ser uma prática abusiva passa sempre por uma negociação entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais (Deslandes, 1994).
Os maus tratos contra a criança e o adolescente podem ser praticados pela omissão, pela supressão ou pela transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais.

Classicamente os maus tratos são divididos nos seguintes tipos:

Maus tratos físicos
Uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes. (Deslandes, 1994)

A "síndrome do bebê sacudido"
É uma forma especial deste tipo de mau tratamento e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de seis meses de idade, é sacudida por um adulto.

A síndrome da criança espancada
"*se refere, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. Ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais*" (Azevedo & Guerra,1989). O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

Síndrome de Munchausen por procuração
É definida como a situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis.
Em decorrência, há consequências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo).

Abuso sexual
É todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicossexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual.

Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade.

Podem variar desde atos em que não exista contato sexual (voyerismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração.

Engloba ainda a situação de exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia (Deslandes, 1994).

Maus tratos psicológicos
É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exagerada e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência.

Negligência
É ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola.

A identificação da negligência no nosso meio é complexa devido às dificuldades sócio-econômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de proteção em relação a esta.

O que Fazer?

Ao se deparar com um caso suspeito de maus tratos à criança, o profissional de saúde tem obrigação de realizar denúncia à Vara da infância e da Juventude ou Ministério Público ou reportar a suspeita à diretoria da instituição para a qual trabalha. Sempre da forma mais discreta possível, porém o mais rápido possível.

Cabe a estas instituições jurídicas averiguar se a denúncia é verdadeira e tomar as medidas cabíveis.

Neste caso o AVE deve seguir o fluxo de anomalias.

5.27 Super Dotação/ Altas Habilidades

São consideradas crianças superdotadas e talentosas, as que apresentam notável desempenho e/ou elevada potencialidade em qualquer dos aspectos, isolados ou combinados: capacidade intelectual superior; aptidão acadêmica específica; pensamento criador ou produtivo; capacidade de liderança; talento especial para artes visuais, artes dramáticas e música e capacidade psicomotora.

O indivíduo superdotado é uma pessoa em desenvolvimento que apresenta um desempenho superior à média em uma ou mais áreas, comparados à população geral da mesma faixa etária.

O papel do professor e da escola na identificação do aluno superdotado ou talentoso é de fundamental importância. É o professor que, através do contato diário com o aluno, pode perceber sinais de um potencial superior e, assim, fazer uma primeira identificação desse indivíduo. Daí para frente, as relações estabelecidas com esse aluno serão de fundamental importância para o seu desenvolvimento. O atendimento adotado pela escola poderá incentivar ou podar esse desenvolvimento.

Relatos de pesquisas mostram que professores despreparados podem excluir alunos de programas de superdotação ou rejeitá-los em sala de aula.

A escola que não estiver preparada para receber estes alunos não responderá de forma adequada, o que ajuda a explicar a apatia e ressentimento apresentados frequentemente por estes alunos.

O descompasso entre o desenvolvimento intelectual e o emocional é também fonte de tensões e origem de desajustamento. Ademais a necessidade de ser aceito pelos pares faz com que muitos alunos com altas habilidades, que se encontram na escola regular, optem por disfarçar o seu potencial intelectual superior, apresentando um rendimento acadêmico muito aquém de suas possibilidades.

- Característica: Adquire e retém informações rapidamente.

  Problema: Impaciente diante da lentidão dos colegas; não gosta da rotina e da repetição.

- Característica: Curiosidade intelectual e atitude inquisitiva; motivação intrínseca; busca por significados.

  Problema: Faz perguntas que incomodam ao professor; tem vasta gama de interesses, esperando o mesmo dos outros.

- Característica: Amplo vocabulário e proficiência verbal; tem amplas informações em áreas avançadas.

  Problema: Torna-se entediado com a escola e colegas; visto pelos outros como o "sabe tudo".

- Característica: Pensamento crítico elevado; tem altas expectativas; é autocrítico e avalia os demais.

  Problema: Intolerante ou crítico dos demais; pode tornar-se desencorajado ou deprimido; perfeccionista.

- Característica: Criativo; gosta de novas maneiras de fazer as coisas.

  Problema: É questionador e tende a rejeitar o que é tido como conhecido; visto pelos outros como diferente e fora de compasso. Seu pensamento e ação divergentes não são sempre apreciados, podendo levar à rejeição por parte dos pares.

- Característica: Intensa concentração; longos períodos de atenção em áreas de interesse; comportamento dirigido a metas; persistência.

  Problema: Resiste à interrupção; negligencia deveres ou pessoas durante períodos de interesse focalizados; obstinação.

- Característica: Sensibilidade e intensidade emocionais; empatia com os outros; desejo de ser aceito pelos outros.

  Problema: Sensibilidade excessiva à crítica e/ou à rejeição dos colegas; espera que os outros tenham valores semelhantes; sente-se diferente e alienado.

- Característica: Independente; prefere trabalho individualizado; confiante em si mesmo.

  Problema: Pode rejeitar o que é imposto pelos pais ou colegas; não conformista.

Distúrbio de aprendizagem em Superdotados

Parece contraditório falar sobre distúrbios de aprendizagem em superdotados. No entanto, há crianças que, apesar de demonstrarem dificuldades de aprendizagem, demonstram, muitas vezes, fora do ambiente escolar, um desempenho superior em alguma atividade que lhe é particularmente motivadora.

São lembradas pessoas que se destacaram no âmbito de suas contribuições ao nível mundial, como Thomas Edison, Albert Einstein e Auguste Rodin, mas que também apresentavam dificuldades para ler, escrever e soletrar.

A literatura tem demonstrado que a superdotação, por si só, não garante sucesso educacional ou produtividade criativa, e que são as condições relacionadas aos ambientes familiar e escolar, assim como as relações com os colegas, os maiores determinantes do desempenho acadêmico do superdotado.

Alguns fatores se constituem como ambiente de risco para o fracasso escolar: a rejeição da criança, seja na gravidez, seja em seu desenvolvimento, de forma consciente ou não pelos pais; a comparação da criança com seus irmãos, feita de forma negativa ou depreciativa; a falta de apoio e reforçamentos apropriados nas diversas situações de vida da criança; o divórcio ou separação dos pais, quando tumultuada ou litigiosa; expectativas irrealísticas dos pais sobre a capacidade da criança; excessiva pressão parental para que o filho atinja os níveis esperados; atitudes inconsistentes dos pais a respeito das realizações da criança; falta de segurança e estabilidade no lar. Estes fatores, combinados ou separados, podem gerar reações emocionais

adversas na criança, como autoconceito negativo, insegurança, comportamento social inadequado, hostilidade e agressão, expressos pela alta necessidade de afiliação e busca constante de atenção tanto em casa como no ambiente escolar.

Encontra-se também em risco de fracasso escolar a criança altamente criativa, que pode encontrar relutância em seu ambiente para aceitar seu pensamento divergente e inconformismo, geralmente fonte de tensão e conflito com seus pais e professores.

Toda criança gosta de aprender e de se sair bem na escola e, principalmente no caso dos superdotados, de buscar a excelência em alguma área do conhecimento que é valorizada pessoal e socialmente. Não se trata de dizer que a criança é desmotivada; na verdade, ela apenas desloca sua motivação das atividades escolares para outras atividades que lhes são mais compensadoras.

Orientação e Aconselhamento ao Superdotado e à Família

Estudos mostram a importância do aconselhamento psicológico, da orientação vocacional e do aconselhamento familiar.

Um dos problemas críticos enfrentados por muitos superdotados na escolha profissional diz respeito às pressões para que sigam determinadas carreiras mais valorizadas socialmente e que são tidas como mais adequadas àqueles alunos que se destacam por suas habilidades superiores.

Outras dificuldades podem ser vividas também pelo superdotado no ambiente familiar, em função de pais com expectativas elevadas em relação às escolhas de seus filhos depositando neles a sua própria realização e satisfação de desejos frustrados de sucesso e projeção.

Algumas famílias têm dificuldade em lidar com a discrepância entre o desenvolvimento intelectual e emocional do superdotado, sendo esta, inclusive, a maior dificuldade apontada pelos pais nas suas relações com filhos que se destacam por uma inteligência superior.

É comum a família esperar comportamentos típicos de uma criança mais velha por conta das habilidades intelectuais mais avançadas, o que, entretanto, não ocorre, gerando insatisfação e irritação de ambas as partes.

Muitos pais sentem-se perdidos sobre a melhor maneira de lidar e orientar o seu filho com altas habilidades.

A fim de prevenir ou minimizar o desajuste emocional dos superdotados, pais e professores precisam ser orientados a respeito das características pessoais, desenvolvimento cognitivo, necessidades sociais e emocionais e habilidades desses indivíduos.

Anotações

Anotações

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Educação.
Curso para professores e equipe escolar: Programa Inclui – Projeto Rede / Secretaria Municipal de Educação – São Paulo : SME, 2012.
96p. : il.

1.Educação Inclusiva I.Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina II.Título

CDD 371.9

Código da Memória Técnica: SME22/2012

inclui

PROJETO REDE

PREFEITURA DE SÃO PAULO
PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SPDM