



Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro Padre Alberto Neto

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

Sub-departamento de Educação Especial

DEFICIÊNCIA MOTORA

Deficiência motora corresponde a uma disfunção, de carácter congénito ou adquirido, que afecta a motricidade dos indivíduos (mobilidade, coordenação, fala).

Pode ter um carácter *definitivo* – estável – ou *evolutivo* – com tendência a modificar-se com o tempo. Pode decorrer de lesões:

- Neurológicas (anomalias do Sistema Nervoso Central)
- Neuromusculares (alterações nos grupos musculares)
- Ortopédicas (alterações nas estruturas ósseas ou ósseo-articulares)
- De mal formação (congénito).

Consoante a parte do corpo que se encontra afectada, denominam-se:

- Monoplegias: paralisias num membro do corpo.
- Hemiplegias: paralisias em metade do corpo.
- Paraplegias: paralisias da cintura para baixo.
- Tetraplegias: paralisias do pescoço para baixo.
- Amputado: falta de um membro do corpo.

CAUSAS

As causas da Deficiência Motora podem passar por:

- Paralisia Cerebral: por prematuridade, anóxia perinatal, desnutrição materna, Rubéola, toxoplasmose, trauma de parto, subnutrição, etc.
- Hemiplegias: por acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, tumor cerebral, etc.
- Lesão medular: por ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, acidentes de trânsito, mergulho em águas rasas, traumatismos directos, quedas, processos infecciosos, processos degenerativos, etc.
- Amputações: causas vasculares, traumas, malformações congénitas, causas metabólicas, etc.
- Malformações congénitas: por exposição à radiação, uso de drogas e causas desconhecidas.



Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro Padre Alberto Neto

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

- Artropatias: por processos inflamatórios, processos degenerativos, alterações biomecânicas, hemofilia, distúrbios metabólicos, etc.
- Patologias degenerativas do sistema nervoso central
- (esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica)
- Lesões nervosas periféricas
- Amputações
- Sequelas de politraumatismos
- Distúrbios posturais da coluna
- Sequelas de patologias da coluna
- Distúrbios dolorosos da coluna vertebral e das articulações dos membros
- Reumatismos inflamatórios da coluna e das articulações
- Lesões por esforços repetitivos (L.E.R.)
- Sequelas de queimaduras
- Síndromes vários (p.e.: Síndrome de Marfan)

A deficiência motora pode então ter origem em lesões cerebrais ou não.

No primeiro caso a causa pode estar em factores externos ou em factores internos. Podem ocorrer em diferentes períodos do seu desenvolvimento: *pré-natal* (infecções, alterações circulatórias e vasculares, etc.), *péri-natal* (anóxias, hemorragias cerebrais, etc.) e *pós-natal* (traumatismos cranioencefálicos, meningites, etc.).

No segundo caso podem ocorrer deficiências motoras *temporárias*, das quais as mais frequentes são as resultantes de traumatismos cranianos (e cujas consequências passam normalmente por gestos e expressão verbal lentos e descoordenados, perdas de memória e alterações no comportamento) e *definitivas* (paralisias resultantes de lesões cerebrais ou medulares, adquiridas ou congénitas).



Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro Padre Alberto Neto

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

CLASSIFICAÇÃO

Embora seja difícil encontrar uma classificação que englobe todos os tipos de problemáticas os quadros de maior incidência são:

1. Lesão cerebral
2. Lesão medular
3. Miopatias

1. Lesão cerebral

1.1. Paralisia Cerebral

Define um conjunto de afecções caracterizadas pela disfunção motora decorrentes de lesão no cérebro (uma forma de Encefalopatia Crónica não evolutiva) durante os primeiros estágios de desenvolvimento. É uma desordem permanente que, embora definitiva, não é evolutiva. Não é imutável, como tal, susceptível de melhoras. A deficiência motora expressa-se em padrões normais de postura e movimentos, associados a um tónus postural anormal. No entanto, algumas características podem mudar com o tempo. A lesão atinge o cérebro quando ainda é imaturo e interfere no desenvolvimento motor normal da criança. Os distúrbios mais relevantes são os motores, sem, necessariamente, implicar na existência de uma deficiência mental associada. Não tem relação com o nível mental; a perturbação predominante é a perturbação motora. Pode surgir durante todo o período de crescimento cerebral, sem referência a nenhuma etiologia precisa.

É uma perturbação complexa que compreende vários sintomas, a saber:

- Alteração da função neuromuscular com défices sensoriais (audição, visão, fala, etc.) ou não;
- Dificuldades de aprendizagem com défice intelectual ou sem ele;
- Problemas emocionais.

1.2. Espinha Bífida

A espinha bífida é uma afecção pertencente a um conjunto de alterações (malformações congénitas) conhecido como defeitos do tubo neural, conjunto este que engloba as malformações do cérebro, espinal medula e seus revestimentos e que, ocorre quando o tubo neural do feto não se



Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro Padre Alberto Neto

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

encerra adequadamente nos primeiros 28 dias após a concepção apresentando pois, como característica fundamental, uma fenda da coluna vertebral.

Existem vários graus desta lesão que vão desde o grau mais ligeiro (espinha bífida oculta) até ao mielomeningocelo que corresponde à medula não protegida e à qual estão associadas as formas mais graves desta deficiência como ausência de reflexos, descontrolo dos esfíncteres e perda de sensibilidade em toda a região abaixo da lesão.

Os sintomas decorrentes da espinha bífida não são apenas físicos – dificuldades de coordenação, controle muscular e mobilidade. Estes alunos poderão apresentar também problemas de aprendizagem, incluindo dificuldades:

- na atenção;
- na expressão e compreensão da linguagem falada;
- na leitura
- nos conceitos matemáticos;
- na organização de informação.

Também poderão necessitar de tratamentos ortopédicos e fisioterapia por longos períodos para fortalecer os músculos e evitar problemas nas articulações.

Lesões associadas à Espinha Bífida

A) Hidrocefalia

Esta patologia é causada pela obstrução da circulação do líquido cefaloraquidiano produzido nos ventrículos cerebrais, podendo apresentar-se logo no recém-nascido e ter um desenvolvimento progressivo.

Está, com muita frequência, associado aos casos de mielomeningocelo, atrás referido.

A hidrocefalia manifesta-se pelo crescimento progressivo do volume do crânio, atingindo uma desproporção crânio-facial e conseqüente congestionamento das veias do pescoço, pressão ocular para a frente e para baixo com o aparecimento frequente de estrabismo e nistagmus. No caso de um aumento rápido do tamanho da cabeça é necessária a intervenção cirúrgica, colocação de *by-pass*, uma vez que, se não tratada, pode levar a lesão cerebral, com cegueira e convulsões.



Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro Padre Alberto Neto

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

B) Alterações neurológicas

Paralisias das extremidades inferiores, com perda de sensibilidade, abaixo do nível da lesão.

C) Alterações ortopédicas

Malformações dos pés, da cintura pélvica e da coluna vertebral (escoliose, cifose, lordose).

D) Alterações das funções urológicas e intestinais

Manifestam-se por incontinência dos esfíncteres.

2. Lesão medular

As lesões medulares são causadas por um traumatismo da coluna o qual danifica as fibras nervosas. Ocorre, normalmente, em consequência de uma situação accidental. A gravidade do comprometimento motor está relacionada com a secção da coluna que foi afectada. No caso de a lesão ocorrer na secção superior da espinal-medula tanto os braços como as pernas ficam paralisados (tetraplegia ou quadraplegia). No caso da lesão se situar abaixo do peito, afecta apenas a parte inferior do corpo (paraplegia).

Estas lesões podem provocar perdas graves da sensibilidade, atrofia muscular, incontinência ao nível da bexiga e intestinos e paralisia.

3. Miopatia (Distrofia Muscular)

É uma doença neuromuscular, ainda incurável, que afecta os tecidos musculares do corpo de forma grave e contínua.

Considerada uma doença hereditária, caracteriza-se pela destruição e degeneração das fibras musculares que vão sendo substituídas por tecido fibroso e adiposo (gordura), porém, a criança apresenta as capacidades intelectual e mental preservadas.

Há formas diferentes de distrofia de acordo com os músculos atingidos. Podem ser de origem neurogénica (por um mau funcionamento do sistema nervoso) ou miogénica (degeneração das próprias fibras musculares). Em alguns casos evolui para uma paralisia total, impedindo a criança de andar e correr, condicionando-a a uma cadeira de rodas, acarretando dificuldade de:

- Participação nas actividades da vida diária;
- Défice físico acentuado;
- Debilidade do sistema muscular respiratório.



Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro Padre Alberto Neto

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

As maiores barreiras não são arquitectónicas, mas sim a falta de informação e o preconceito. Ainda assim, existem diversos tipos de barreiras arquitectónicas que limitam a acessibilidade das pessoas com deficiência motora: escadas, elevadores e portas estreitas, buracos e carros estacionados no passeio, casas de banho mal equipadas, transportes mal preparados, ATM's e estantes muito altas, rampas com inclinação igual superior a 45°, etc.

INTERVENÇÃO

Uma vez que, como vimos, a deficiência motora na maioria dos casos, não tem qualquer implicação ao nível intelectual estes alunos podem apresentar algumas dificuldades psicológicas e emocionais decorrentes das limitações de que têm consciência. Possuem igualmente alteradas a consciência corporal e a sua relação com física com o espaço envolvente.

- Deve-se promover o máximo de independência, tendo em conta as capacidades e limitações do aluno.
- Não se deve fazer de conta que o aluno não existe, negando-lhe a sua identidade na condição de pessoa com deficiência; é fundamental que nos relacionemos com a pessoa e não com a sua deficiência.
- Quando se conversa com um aluno que utilize cadeira de rodas deve-se permanecer ao seu nível, sentando-se se possível, visto que é muito incómodo conversar com a cabeça levantada. É importante ter em conta que tocar na cadeira de rodas é como tocar num prolongamento do corpo do aluno; como tal deve-se evitar fazê-lo, principalmente quando não há relação estabelecida.
- Deverá existir coordenação entre professor, aluno e auxiliar de forma a minimizar constrangimentos inerentes aos seus cuidados de higiene.
- Na sala de aula, sempre que se justifique, o aluno terá que ser acompanhado das tecnologias de apoio que o auxiliam. Deverão ser proporcionadas todas as condições para que o aluno tenha total acesso às situações de aprendizagem e a todo o tipo de actividades. Existem inúmeras Tecnologias de Informação e Comunicação das quais o aluno pode, e deve, dispor cujo aconselhamento poderá advir do Centro de Recursos Tic da zona abrangente. O CRTic que abrange o conselho de Sintra, juntamente com Mafra, Oeiras e Cascais, encontra-se sediado na EB 2,3 Padre Alberto Neto – escola sede do nosso Agrupamento de escolas.
- É fundamental que fique claro para todos os elementos da comunidade escolar, que se trata de um aluno com recursos cognitivos, que apenas necessita de adaptações físicas e estruturais



Agrupamento de Escolas de Rio de Mouro Padre Alberto Neto

EB2,3 PADRE ALBERTO NETO- EB1 RINCHOA Nº 2- EB1/JI RIO DE MOURO Nº1 –EB1/JI RIO DE MOURO Nº 2

CÓDIGO 170318

que maximizem o seu potencial de aprendizagem e de adaptação ao meio envolvente. Muitas vezes a discriminação acontece por falta de conhecimento ou por não se saber lidar com uma situação nova. Assim sendo é importante o papel do professor no seu esclarecimento e sensibilização.

➤ Em todas as actividades da, e para a escola deverão ser consideradas as características de mobilidade e comunicação dos alunos com deficiência motora:

- Adaptações de infra-estruturas (casa-de-banho, rampas, etc.), da sala de aula (situação, tipo e distribuição do mobiliário, etc.) e do material didáctico (painéis de comunicação, computadores, etc.).

- Adaptações ao nível do currículo – Estes alunos devem seguir o currículo regular, introduzindo as adaptações necessárias consoante as necessidades individuais (organização, metodologia, temporalização, conteúdos, materiais, etc.). Habitualmente necessitam de maior reforço pedagógico nas áreas perceptivosensorial, linguagem, afectivo-social e autonomia.

- São aconselhadas estratégias que envolvam toda a turma no suporte/apoio ao(s) aluno(s) com deficiência motora, como por exemplo a selecção de um aluno da turma para assumir a função de “companheiro mais íntimo”, que dará esse apoio sem pôr em causa a independência do aluno com esta patologia.

Bibliografia

📖 BAUTISTA, R. ed. (1997) *Necessidades Educativas Especiais*, Col. Saber Mais, Editora Dinalivro, Lisboa

📖 NIELSEN, L. B., 1999, *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aula – Um Guia para Professores*, Colecção Educação Especial, Porto Editora, Lisboa

📖 RODRIGUES, D. (1983). *Educação especial: deficiência motora: colectânea de textos*. Lisboa: ISEF-CDI.