

A Paralisia Cerebral



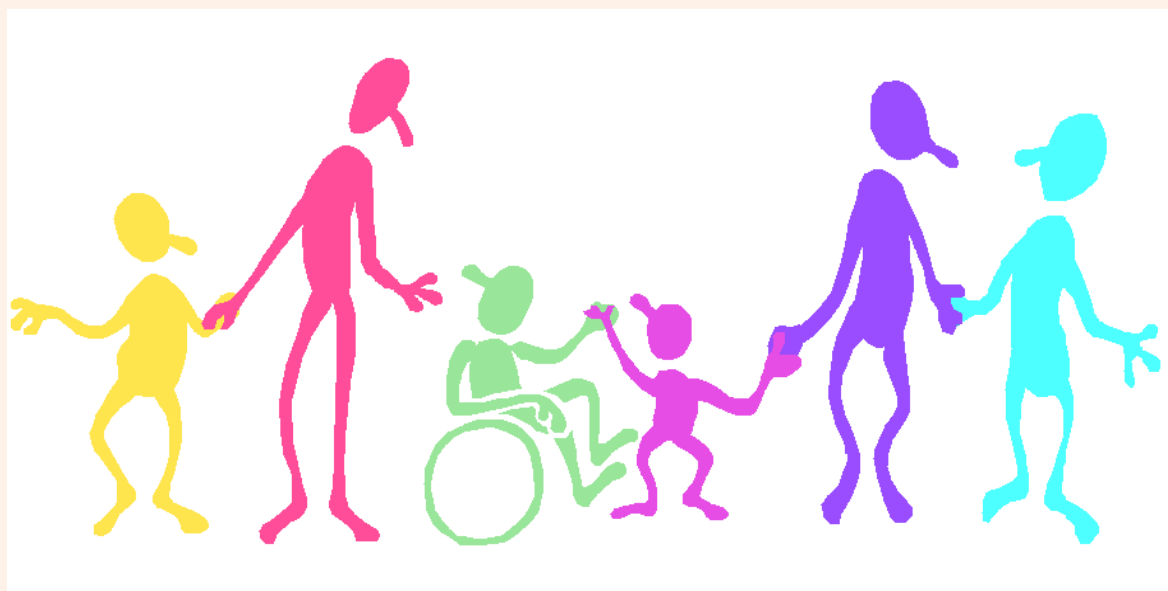
Paleta de Diversidades

Cheila Peças



Paleta de Diversidades

A Paralisia Cerebral

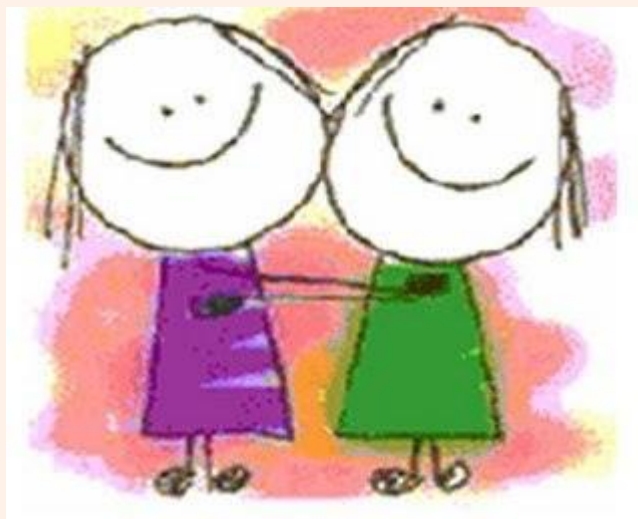


Docente: Graça Duarte Santos (Profª Auxiliar)

Cheila Peças

Nº m 9334





“ É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos.”

Saint- Exupéry

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à docente da disciplina de Necessidades Específicas de Educação e Adolescência, Graça Duarte Santos, que me possibilitou e orientou a realização deste trabalho.

Um agradecimento especial ao CEERIA (Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça) pelo seu interesse em me receber, dando-me a oportunidade de interagir com os utentes aos quais também me sinto grata, quer pela sua simpatia e dedicação, quer pela imensa alegria que me transmitiram do início ao fim. Sem eles este projeto seria impossível.

A todos, um muito obrigado.

Évora, 18 de Dezembro de 2012

Cheila Peças

Índice

Agradecimentos	3
Introdução	5
A Paralisia Cerebral.....	7
Definição	7
Etiologia	9
Incidência.....	10
Desordens associadas	11
Tipos de Paralisia Cerebral.....	12
Tratamento.....	18
A Paralisia Cerebral e a Sociedade.....	21
Aspetos que caracterizam o relacionamento social	21
Limitações sociais	21
Influência da Sociedade.....	22
O que os elementos da sociedade podem fazer para ajudar?.....	23
O que fazer na área das artes visuais?	23
Curiosidades	24
Estudo de caso	27
Caracterização do meio envolvente à instituição	27
Caracterização da instituição	27
Instrumentos de dados utilizados.....	29
Objetivo do estudo.....	29
Instrumento de recolha de dados utilizado	29
Procedimentos de aplicação e de Caracterização do instrumento	29
Características dos desenhos	30
Caraterização do desenho	31
Conclusões.....	33
Webgrafia	35
Bibliografia.....	35
Anexos	36

Introdução

No âmbito da disciplina de Necessidades Específicas de Educação e Adolescência do Mestrado em Ensino de Artes Visuais no 3º Ciclo do Ensino Básico e Secundário, foi proposta pela docente da disciplina a realização de um trabalho sobre uma problemática que de certa forma influenciasse o desenvolvimento do ser humano e a sua vida em sociedade. Neste contexto, apresentaram-se muitas possibilidades de temas, todos bastante interessantes, mas a escolha recaiu sobre o tema “Deficiência Mental”, nomeadamente “A paralisia Cerebral”.

Este trabalho não será apenas uma reflexão teórica acerca do tema. Para um melhor entendimento desta questão achei interessante e proveitoso explorar e lidar com a problemática pessoalmente. No decorrer deste trabalho encontra-se um estudo de caso, onde falarei da minha experiência junto de pessoas com necessidades especiais e de uma atividade feita com um indivíduo com paralisia cerebral acerca do desenho e da sua caracterização.

Fatores de ordem pessoal e profissional orientaram para a escolha da realização desta atividade sobre o desenho, uma vertente das artes visuais. Poder contactar com pessoas com necessidades especiais, com o intuito de observar o clima social entre eles é sempre uma experiência gratificante e enriquecedora. Enquanto profissional da arte, conhecer o mundo de uma pessoa com paralisia cerebral através do desenho e ter a possibilidade de caracterizar os seus desenhos torna-se muito interessante, contribuindo para um aprofundamento de conhecimento científico nesta área específica.

Para a realização deste estudo foi necessário escolher uma instituição onde pudesse interagir com os utentes e realizar algumas atividades com eles. Por questões práticas, selecionou-se o Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça como local de recolha de dados, uma vez que se situa no concelho de Alcobaça onde resido.

Como resultado do trabalho, apresento as páginas que se seguem.

Primeiramente, apresento a reflexão acerca do tema “Paralisia Cerebral” onde falo um pouco da **Definição** do termo e o seu aparecimento, da **Etiologia, da Incidência e Desordens associadas; Tipos de paralisia cerebral; Grau e Tratamento**. Faço ainda pequenas reflexões acerca da Sociedade e a Paralisia Cerebral, onde incluo os temas: **Aspetos que caracterizam o relacionamento social; Limitações sociais; Influência da Sociedade; O que os elementos da sociedade podem fazer para ajudar?; O que fazer na área das artes visuais?**

De seguida apresento algumas curiosidades a respeito dos assuntos tratados neste trabalho.

Seguidamente apresenta-se o Estudo de Caso com os seguintes tópicos:

Caracterização do meio envolvente à instituição; Caracterização da instituição

Instrumentos de dados utilizados; Objetivo do estudo; Instrumento de recolha de dados utilizado; Procedimentos de aplicação e de Caracterização do instrumento; Características dos desenhos e Caracterização do desenho.

Tecem-se as conclusões seguindo-se, a Webgrafia e Bibliografia e por ultimo os anexos onde estão apresentadas as obras de arte, o desenho sobre a qual se debruça o estudo e fotografias de trabalhos e atividades praticadas na instituição.

Mediante a realização deste trabalho, pretendo refletir sobre a experiencia no CEERIA, e sobre a atividade proposta ao individuo com paralisia cerebral, o que contribui para um aprofundamento do meu conhecimento nesta área. Cada individuo tem uma forma diferente de ver o mundo que o rodeia e de representar as suas ideias. A realização de um desenho é uma atividade muito pessoal e visto que é realizado por uma pessoa com necessidades especiais torna-se ainda mais complicado analisar as suas escolhas e ideias. Será feito apenas um levantamento dos elementos visuais e uma reflexão acerca da forma como o individuo reagiu ao longo da atividade, os fatores observáveis que influenciaram os resultados.

A Paralisia Cerebral

O cérebro está dividido em várias secções que representam cada parte do corpo. Existem áreas que correspondem a um movimento de algum lugar do corpo, umas mais bem identificadas e outras menos, as áreas associadas à decodificação a partir do que vemos, é o caminho entre o ver e o saber, por exemplo: quando olhamos para uma cadeira, sabemos que é uma cadeira automaticamente, ou quando vemos por exemplo o mar associamos à cor azul.

Definição

O termo Paralisia Cerebral ou Encefalopatia Crônica Não Progressiva, ECNP, é uma condição heterogênea e diversificada, não é uma infecção que se apanha de outra pessoa, não existe uma cura e não existe um tratamento eficaz.

Esta patologia é definida por um grupo de desordens cerebrais que afetam maioritariamente os movimentos da pessoa. O indivíduo portador de paralisia cerebral pode ter uma inteligência normal se não existirem lesões nas partes do cérebro que se ocupam dessa função. Existem imensas definições para esta patologia, que se foi moldando ao longo das descobertas:

“ Em 1843, o ortopedista inglês William John Little, pela primeira vez, relatou 47 casos de crianças com rigidez muscular, principalmente nos membros inferiores e com menor acometimento nos membros superiores. Nessa época, o quadro foi denominado de “Síndrome de Little”. Essas crianças descritas nasceram prematuramente ou por partos complicados e Little sugeriu que este quadro seria resultado de asfixia perinatal. Em 1862, o mesmo autor instituiu a relação entre o quadro da paralisia cerebral e o parto anormal (DIAMENT, 1996; ROTTA, 2001).” (Assis-Madeira & Carvalho, 2009, p. 146)

Dr. Little em 1843 descrevia a Paralisia Cerebral como uma “Desordem permanente, não evolutiva, em que a perturbação motora é predominante, pode não afetar a função intelectual, pode ocorrer durante o período de desenvolvimento cerebral e em muitos casos a etiologia é desconhecida.”

“O termo Paralisia Cerebral foi introduzido por Freud enquanto estudava a “Síndrome de Little”. Little acreditava que a causa nos casos expostos permanecia atrelada a circunstâncias adversas ao nascimento, ele descreveu a diplegia espástica acarretada por asfixia e lesão cerebral ao nascimento, em contrapartida Freud relatou que a PC era acarretada por anormalidades pré-natais (PELLEGRINO, 1995).

Em 1946, a expressão PC foi consagrada e generalizada por Phelps, para diferenciá-la do termo paralisia infantil, ocasionada pelo vírus da poliomielite (DIAMENT, 1996).

Desde o Simpósio de Oxford, em 1959, a expressão PC foi definida como “sequela de uma agressão encefálica, que se caracteriza, primordialmente, por um transtorno persistente, mas não invariável, do tônus, da postura e do movimento, que aparece na primeira infância e que não só é diretamente secundário a esta lesão não evolutiva do encéfalo, senão devido, também, à influência que tal lesão exerce na maturação neurológica”. A partir dessa data, a PC passou a ser conceituada como encefalopatia crônica não evolutiva da infância que, constituindo um grupo heterogêneo, tanto do ponto de vista etiológico quanto em relação ao quadro clínico, tem como ligação comum o fato de apresentar, predominantemente, sintomatologia motora, à qual se juntam, em diferentes combinações, outros sinais e sintomas (DIAMENT, 1996; ROTTA, 2001) ” (Assis-Madeira & Carvalho, 2009, p. 146)

Outras definições:

“Rosenbaum *et al.* definiram a PC como “um grupo de perturbações permanentes do desenvolvimento do movimento e postura, que causam limitação nas atividades, e que são atribuídas a alterações não progressivas no cérebro em desenvolvimento do feto ou lactente. As perturbações motoras da PC são frequentemente acompanhadas de comprometimento da sensibilidade, percepção, cognição, comunicação e comportamento; e a epilepsia e problemas músculo-esqueléticos também são observados com frequência nestas crianças”.” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 27)

“Segundo O’Shea⁴ esta definição considera a variabilidade clínica (um “grupo” de perturbações) e enfatiza que a alteração no movimento e postura devido ao insulto no cérebro imaturo é uma manifestação obrigatória. A PC pode então ser considerada uma doença do movimento e os distúrbios motores associados se caracterizam pela falta de controle motor e por modificações adaptativas do comprimento muscular chegando, em alguns casos, a resultar em deformidades ósseas.” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 28)

Observação: “ (...) corre uma falha na definição de um termo. Plegia refere-se à perda total do movimento sendo correto utilizá-lo somente quando o paciente não apresentar movimentos algum, quando houver algum esboço de movimento deve-se utilizar o termo: paresia.” (htt2)

Etiologia

“Segundo Salter (1985), há muitas causas de paralisia cerebral; e qualquer condição que leve a uma anormalidade do cérebro pode ser responsável. As causas mais comuns são: desenvolvimento congênito anormal do cérebro, particularmente do cerebelo; anóxia cerebral perinatal, especialmente quando associada com prematuridade; lesão traumática do cérebro, no nascimento, geralmente decorrente de trabalho de parto prolongado, ou uso de fórceps; eritroblastose por incompatibilidade; infecções cerebrais (encefalite) na fase inicial do período pós-natal.” (Leite & Prado, 2004)

A paralisia cerebral pode resultar na maioria das vezes, de lesões cerebrais derrames ou um desenvolvimento anormal do cérebro numa determinada região do mesmo, originando uma paralisia, dando início a problemas no local dirigido por essa zona do cérebro.

A lesão pode acontecer durante a gestação, durante o parto ou após o nascimento, ou seja, ainda no “processo de amadurecimento do cérebro da criança”, a chamada “primeira infância”, (menos de 2 anos de idade). Pode ser provocado por falta de oxigenação das células cerebrais. Em alguns casos os problemas são tão leves que o termo paralisia cerebral pode ou não ser utilizado para os descrever.

Possíveis causas:

- **Pré- natais:**
 - Rubéola, Sífilis, Listeriose, Citomegalovirus, Toxoplasmose e Sida;
 - Drogas, Tabagismo, Álcool;
 - Desnutrição materna;
 - Alterações cardio-circulatórias maternal.
- **Perinatais**
 - Anoxia;
 - Hemorragias intracranianas;
 - Trauma obstétrico.
- **Pós-natais**
 - Traumas cerebrais;
 - Meningites;
 - Convulsões;
 - Desnutrição;
 - Falta de estímulo;
 - Hidrocefalia.

Uma das maiores causas da lesão cerebral é a falta de oxigenação no cérebro. Este nutriente é o que torna possível ao cérebro o controlo de todas as funções do organismo.

Incidência

“Determinar a incidência e prevalência da PC é uma tarefa complexa, visto que existe uma heterogeneidade de conceitos, bem como dificuldades de estabelecer critérios diagnósticos uniformes (DIAMENT, 1996).” (Assis-Madeira & Carvalho, 2009, p. 148)

A incidência da Paralisia cerebral tem-se mantido estável nos últimos anos.

O comprometimento global moderado e severo incide entre 1,5 e 2,5 por cada 1000 nascidos vivos nos países desenvolvidos. De uma forma geral a paralisia cerebral acontece em 7 por 1000, segundo alguns relatos. Por exemplo, na Inglaterra existem 1,5 por 1000 pessoas com paralisia cerebral, já no Brasil é difícil tirar conclusões sobre este assunto e a incidência depende do critério e análise de cada estudo, pondera-se que a ocorrência seja elevada, proveniente das situações precárias da saúde em geral e da pouca proteção das gestantes e dos recém-nascidos.

“In the United states, approximately two to three children in a thousand have cerebral palsy. Most cases begin before birth while the fetus is developing. Although doctors often diagnose CP in infants soon after birth the condition may not be obvious, or even show up, until the child is one or two years old. Head injuries, brain infections, and specific genetic diseases cause early- childhood cerebral palsy.” (Bjorklund, 2007, p. 11)

Nos EUA, admite-se a existência de 550 a 600 mil pacientes sendo que há um aumento de 20 mil novos casos a cada ano.” (Leite & Prado, 2004)

Calcula-se que nos países desenvolvidos, as crianças em idade escolar com paralisia cerebral, 2 por 1000 frequentam centros de reabilitação. “Os infantes que residem em países em desenvolvimento são expostos a múltiplos riscos, entre eles o de apresentarem elevada prevalência de doenças, nascerem de gestações incompletas ou com complicações e viverem em condições socioeconômicas adversas (ESCALONA, 1982).” (Assis-Madeira & Carvalho, 2009, p. 155)

Nos países subdesenvolvidos avalia-se que a cada 1.000 nascimentos, 7 têm Paralisia Cerebral.

Desordens associadas

Os indivíduos com PC têm algumas limitações dependendo da sua problemática. As condições deste problema são estáveis e não progressivas.

Os problemas que podem surgir são:

- Retardo ou atraso do desenvolvimento motor e mental;
- Dificuldade em controlar a postura, o equilíbrio e o movimento;
- Atraso cognitivo e intelectual, (se a lesão afetar as áreas do cérebro responsáveis pelo pensamento e memória);
- Dificuldade em aprender a linguagem (se os músculos da fala forem atingidos, haverá dificuldade em comunicar pensamentos ou necessidades);
- Dificuldade em aprender a ler;
- Dificuldade em aprender as habilidades da vida;
- Dificuldades na alimentação, por exemplo em deglutir;
- Convulsões (interrupções da atividade elétrica no cérebro que podem levar a movimentos corporais anormais ou repentinos, presença de reflexos anormais;
- Breves períodos de inconsciência;
- Desalinhamento dos olhos;
- Persistência de reflexos primitivos;
- Insucesso do desenvolvimento dos reflexos protetores;
- Problemas visuais ou auditivos (dificuldades em entender as informações transmitidas);
- Epilepsia;
- Constipação intestinal;
- Distúrbios do comportamento;
- Distúrbios ortopédicos;
- Deficiência mental;
- Entre outras.

Tipos de Paralisia Cerebral

As pessoas com paralisia cerebral têm como principal comprometimento, a função motora. Segundo Schwartzman (1993) e Souza & Ferraretto (1998), a Paralisia Cerebral pode ser visto como um tipo de disfunção motora extrapiramidal ou discinético; ou pela topografia das lesões (localizada no corpo).

Disfunção motora:

- **Atetóide:**

- Movimentos involuntários, devido a um estímulo ineficaz e exagerado que o cérebro envia ao músculo não sendo capaz de manter um padrão;
- Comprometimento do sistema extrapiramidal;
- O sistema muscular é instável e flutuante;
- Controle da cabeça fraco;
- Flacidez e respiração anormal;
- Corresponde de 20% a 30% dos casos.

- **Coreico:**

- Crianças e jovens do sexo feminino com movimentos involuntários e descoordenados dos membros e dos músculos da face.

- **Distônico:**

- Incoordenação do tônus muscular.

- **Espástica:**

- Comprometimento do sistema Piramidal com a Hipertonia dos músculos;
- Lesão no local responsável pelos movimentos voluntários;
- Músculos tensos;
- Movimentos rígidos ou prejudicados;
- Reflexos tendinosos exacerbados;
- Deformidades articulares;
- Os músculos espásticos não têm crescimento normal;
- Flexão e rotação interna dos quadris, dos joelhos e equinismo;
- Até 88% dos casos.

▪ Ataxia

- Deficiência de percepção;
- Dificuldade de equilíbrio;
- Dificuldade em coordenar movimentos;
- Marcha cambaleante;
- Dificuldade em realizar movimentos rápidos alternados;
- Dificuldade em atingir um alvo;
- Tremores ao realizar movimentos;
- Corresponde a 10% dos casos.

Patologia “ (...) rara, pode traduzir-se por hipotonia e, aos poucos, verificam-se alterações do equilíbrio (ataxia axial) e, menos comumente, da coordenação (ataxia apendicular). Sua marcha se faz com aumento da base de sustentação podendo apresentar tremor intencional.” (Leite & Prado, 2004)

▪ Discinesia

- Lesão do córtex cerebral;
- Diminuição da força muscular e aumento do tônus muscular;
- A tensão muscular aumenta ao realizar algum alongamento da musculatura ou mesmo um estiramento;
- Movimentos involuntários ou incontroláveis.

“Atualmente é a mais rara, pois manifesta-se através de movimentos involuntários, sobretudo distonias axiais e/ou movimentos córeo-atetóides das extremidades. No primeiro ano de vida este padrão costuma não estar definido, podendo existir hipotonia muscular. Em geral, quando estes pacientes estão relaxados a movimentação passiva é facilitada.” (Leite & Prado, 2004)

• Misto:

- Características da Paralisia espástica, atetósica e atáxica;
- Dois tipos associados de alteração do movimento (Exemplo: espástico e atetóide).

“É a associação das manifestações anteriores, correspondendo, geralmente, ao encontro de movimentos distônicos e córeo-atetóides ou à combinação de ataxia com plegia (sobretudo diplegia). No total, cerca de 75% dos pacientes doentes com paralisia cerebral apresentam padrão espástico.”

Topologia da lesão:

- **“Hemiplegia bilateral (tetra ou quadriplegia) :** Ocorrem de 9 a 43% dos pacientes. Ocorrem lesões difusas bilateral no sistema piramidal dando além da grave tetra paresia espástica com intensas retrações em semiflexão, síndrome pseudobulbar (hiponímia, disfagia e disartria), podendo ocorrer ainda microcefalia, deficiência mental e epilepsia” (Leite & Prado, 2004)
- **Hemiplegia Dupla:**
 - afetados dois membros do mesmo lado, mais um membro superior .
- **Monoplegia:**
 - um membro comprometido.
- **Paraplegia :**
 - comprometimento dos membros inferiores.
- **Tetraplegia espástica:**
 - Envolvimento dos braços, das pernas, tronco e cabeça;
 - comprometimento de três membros;
 - Relacionada com infecções, hipoxia e traumas;
 - São mais dependentes;
 - Luxação paralítica dos quadris e escoliose.
- **Quadriplegia:**
 - comprometimento de quatro membros.
- **Diplegia espástica**
 - Responsável pelos movimentos das pernas;
 - Envolvimento dos membros inferiores maior que o dos membros superiores;
 - Quase sempre relacionada com a prematuridade;
 - 10 a 30% dos casos.

“Ocorre em 10 a 30 % dos pacientes, sendo a forma mais encontrada em prematuros. Trata-se de um comprometimento dos membros inferiores, comumente evidenciando uma acentuada hipertonía dos adutores, que configura em alguns doentes o aspeto semiológico denominado síndrome de Little (postura com cruzamento dos membros inferiores e marcha "em tesoura"). Há diferentes gradações quanto à intensidade do distúrbio, podendo ser pouco afetado (tendo recuperação e bom prognóstico _ adaptam-se à vida diária); enquanto outros evoluem mal com graves limitações funcionais. Os dados semiológicos são muito variáveis. No 1º ano de vida, a criança apresenta-se hipotónica, evoluindo gradativamente para uma outra fase em que se observa um quadro de distonia intermitente, com tendência ao opistótono quando estimulada. Nos casos mais graves a criança pode permanecer num destes estágios por toda a sua vida, porém geralmente passa a exibir hipertonía espástica, inicialmente extensora e, finalmente, com graves retrações semiflexoras.” (Leite & Prado, 2004)

- **Hemiplegia espástica**

- Alterações do movimento de um lado do corpo: (perna esquerda, braço esquerdo);
- Malformação do cérebro, acidente vascular ocorrido ainda na vida intrauterina e traumatismo crânio-encefálicos;
- Bom prognóstico motor;
- Marcha independente;
- Distúrbio sensorial do lado da hemiplegia (dificuldade em usar principalmente a mão).

“É a manifestação mais frequente, com maior comprometimento do membro superior; acompanha-se de sinais de liberação tais como espasticidade , hiper-reflexia e sinal de Babinski. O paciente assume atitude em semiflexão do membro superior, permanecendo o membro inferior hiperestendido e aduzido, e o pé em postura equinovara. É comum hipotrofia dos segmentos acometidos, sendo também possível a ocorrência de outras hemi-hipoestesia ou hemianopsia.” (Leite & Prado, 2004)

“Associado ao distúrbio motor presente na ECNPI, o quadro clínico pode incluir: 1. Deficiência mental: Ocorre de 30 a 70% dos pacientes. Está mais associada às formas tetraplégicas, diplégicas ou mistas; 2. Epilepsia: Varia de 25 a 35% dos casos, ocorrendo mais associado com a forma hemiplégica ou tetraplégica; 3. Distúrbios da linguagem; 4. Distúrbios visuais: Pode ocorrer perda da acuidade visual ou dos movimentos oculares (estrabismo); 5. Distúrbios do comportamento: São mais comuns nas crianças com inteligência normal ou limítrofe, que se sentem frustradas pela sua limitação motora, quadro agravado em alguns casos pela super proteção ou rejeição familiar; 6. Distúrbios ortopédicos: Mesmo nos pacientes submetidos à reabilitação bem orientada, são comuns retrações fibrotendíneas (50%) cifoescoliose (15%), "coxa valga"(5%) e deformidades nos pés.” (htt2)

Nota: “O diagnóstico de ECNPI está ligado ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com associação ou não de outros sintomas.” ECNPI: Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância

“O grau de incapacidade ligado ao transtorno neuromuscular pode ser leve, moderado e severo:

Global (grau de incapacidade)	Motor Grosso	Motor Fino	Cognição	Fala	Social
Leve	Marcha independente	Sem prejuízo	QI + 70	Mais de duas palavras	Independente
Moderado	Marcha com ajuda	Função limitada	QI 50-70	Palavras isoladas	Assistido
Severo	Sem locomoção	Sem função	QI 50	Indistinta	Dependente

Minear, 1956.” (Hoffmann, Tafner, & Fischer, s.d, p. 3)

Pormenores a destacar:

- **comprometimento global leve**

- movimentam-se com independência;
- atividades motoras finas “(desenhar, encaixar, recortar , elaboram frases com mais de duas palavras)” (Hoffmann, Tafner, & Fischer, s.d, p. 3)
- boa adaptação social
- Aprendizagem academica favorecida.

- **comprometimento global moderado**

- dificuldades na locomoção, (necessário suporte material e ou humano)
- motricidade fina limitada, “(atividades sem domínio do freio inibitório. Utiliza palavras - frases na comunicação verbal. Nas atividades da vida diária, necessitam a manutenção e assistência. Os aspectos cognitivos limitados parecem dificultar o desempenho escolar.)” (Hoffmann, Tafner, & Fischer, s.d, p. 3)

“As pessoas paráliticas cerebrais com dependência total ao nível da motricidade grossa e fina, com linguagem e fala comprometidos, demonstram capacidade intelectual severamente prejudicada. Por capacidade intelectual entenda-se a possibilidade de expressão da capacidade mental. Via de regra, não existe relação direta em “quanto maior o transtorno motor, maior o déficit mental”, principalmente porque não é previsto no quadro da Paralisia Cerebral, o déficit mental. Se houver, ele terá patogenias associadas.” (Hoffmann, Tafner, & Fischer, s.d, p. 3)

Tratamento

Existem vários métodos que ajudam a pessoas com paralisia cerebral a desenvolver-se e a viver melhor, tais como: cadeiras de rodas e programas de reconhecimento de computador, a fisioterapia, a terapia ocupacional, os coletes e a cirurgia ortopédica que podem melhorar o controlo muscular e a deambulação, assim como a fonoterapia (terapia da fala) que pode tornar a fala muito mais clara e pode ajudar nos problemas de alimentação, entre outros problemas. Assim a vida pode ser facilitada.

Os tratamentos devem ser adaptados consoante as necessidades e dificuldades de cada um. “*A Reabilitação* admite múltiplas possibilidades dependendo da análise cuidadosa de cada paciente individualmente. O principal papel do neuro pediatra é estabelecer quais as prioridades de tratamento para cada criança em cada época do desenvolvimento. Deve-se também reconhecer aqueles casos graves nos quais é inútil insistir com terapias dispendiosas que geram ansiedade e expectativa na família, sem alterar o prognóstico da criança, a qual seria melhor mantida apenas com fisioterapia ou em instituição.” (Leite & Prado, 2004)

“O tratamento é paliativo, visto que não se pode agir sobre uma lesão já superada e cicatricial.

O Tratamento medicamentoso limita-se, em geral, ao uso de anti convulsivantes, quando necessários e mais raramente medicamentos psiquiátricos para tentar o controlo dos distúrbios afetivos-emocionais e da agitação psicomotora ligada à deficiência mental. Os medicamentos mais utilizados no tratamento da espasticidade são o baclofen, o diazepam, o clonazepam, dantrolene, a clonidina, a tizanidina, a clpromazina e também a morfina.” (Leite & Prado, 2004)

Os tratamentos podem controlar as crises convulsivas, as complicações resultantes das lesões e a prevenção de outras doenças, contraturas ou problemas.

Por exemplo:

- **Anti convulsivantes e tratamentos psiquiátricos:**
 - Controle dos distúrbios afetivos-emocionais e da agitação psicomotora.

- **O tratamento cirúrgico (cirurgias ortopédicas):**
 - Corrigir deformidades e estabilizar a articulação e preservar a função e aliviar a dor.

- **A Terapia Ocupacional:**

- Trata das dificuldades em diversos níveis: “realização de suas atividades de vida diária, como alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, mobilidade e transferências” (htt2).;
- Trabalha com a rotina do indivíduo;
- Auxilia a desempenhar suas atividades de maneira autônoma e independente;
- Melhora o nível de desempenho nas atividades, por exemplo: autocuidado, lazer, trabalho, participação social e educação.

- **A fisioterapia**

- “Inibir a atividade reflexa anormal normalizando o tônus muscular e facilitar o movimento normal, consequentemente melhorando a força, flexibilidade, amplitude de movimento (ADM), e as capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional. As metas de um programa de reabilitação são reduzir a incapacidade, prevenir contraturas e deformidades e otimizar a função. Os alongamentos músculo-tendinosos devem ser lentos e realizados diariamente para manter a amplitude de movimento e reduzir o tônus muscular. Exercícios de grande resistência podem auxiliar no fortalecimento muscular, mas com as devidas precauções em pacientes com lesões centrais, pois reforçarão as reações tônicas anormais já existentes aumentando a espasticidade.” (htt2)

- **Tratamento sensorial**

- Práticas sensoriais adequadas e diversificadas, experiência tátil, proprioceptiva, cinestésica, visual, auditiva, gustativa, etc.

Um aspeto muito importante é a família, que também deve ter apoio psicológico, pois este pode ajudar os pais a entender melhor os seus filhos, a saber agir para ajudar e evitar complicações. Os métodos aplicados nos pacientes têm de ser bem geridos também consoante a família, para que o ambiente familiar não seja prejudicado

Além da medicação e fisioterapia existem novas opções de tratamento. A equoterapia, ou seja o uso de “cavalos no processo de terapia física, ocupacional e/ou da fala”.



Benefícios de montar a cavalo:

- “Melhorar o seu equilíbrio e postura
- Estimular a sua circulação
- Fortalecer os músculos do núcleo
- Melhorar a sua coordenação e movimentos oculares (é preciso coordenação para orientar o cavalo)
- Simular a pé (os movimentos do cavalo ajudam as pernas do piloto a mover-se da mesma forma que fariam se o condutor estivesse a andar normalmente) ” (htt1)

Com esta atividade os pacientes tornam-se mais otimistas e com uma maior autoestima.

Atividades ocupacionais físicas, terapias da fala, etc., têm ajudado muitas crianças a viver ativamente na sociedade, entre a família, na escola e no trabalho.

Novas tecnologias, computadores, ajudam as pessoas com PC a aprender mais na escola. A serem mais ativas na sociedade.

A Paralisia Cerebral e a Sociedade

Aspetos que caracterizam o relacionamento social

Os indivíduos com esta patologia não agem de acordo com a idade. A sua aparência física é comparável com os sem Paralisia cerebral, mas os mecanismos de defesa psicológicos leva-os a subestimá-la.

Os adolescentes com Paralisia Cerebral conseguem ter boas relações sociais e ter uma positiva auto percepção, mas têm alguma dificuldade em estabelecer relações íntimas e têm menos experiências sexuais. Na adolescência verificam-se mais dificuldades, visto que é a transição para a idade adulta, onde têm de encontrar o seu rumo e tornar-se independentes dos seus pais a fim de melhorar as suas relações interpessoais.

Existe uma falta de autoconfiança no namoro, uma dificuldade em encontrar parceiros e uma dificuldade nas aprendizagens de sedução. Manter amizades não é problema, mas manter o namoro torna-se mais difícil.

A limitação corporal não é um obstáculo nas relações sociais, mas nas relações sexuais aparenta ser uma dificuldade.

Nota: Os indivíduos com esta patologia podem ter filhos como qualquer um, pois as características dos óvulos, dos espermatozoides bem como os órgãos reprodutores não são afetados pelas lesões cerebrais.

Limitações sociais

As limitações motoras de um cidadão com paralisia cerebral podem influenciar na sua capacidade de se adaptar à sociedade, pois “O movimento é fundamental para a independência do ser humano, para que ele possa conhecer, explorar e dominar o meio ambiente.” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 27)

As crianças com paralisia cerebral não conseguem fazer o mesmo que as outras crianças. Elas vão-se deparando com a diferença ao longo do seu desenvolvimento, pois têm dificuldades físicas como: jogar à bola, andar de bicicleta, etc. “A criança não aprende movimentos, mas vivencia a sensação dos movimentos e desta maneira constrói os padrões sensório-motores básicos necessários para as atividades funcionais” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 27)

O principal objetivo das pessoas com PC é o alcance da independência, o que muitas vezes se torna difícil, dificultando a sua vida social. Na adolescência, os indivíduos procuram o seu lugar na sociedade e alguns fatores podem afetar a sua integração na mesma, tais como: os pais super protetores, as distâncias a que se encontram dos amigos e os problemas de acessibilidade o que dificulta o estabelecimento de relações sociais. “Brown e Gordon investigaram o impacto da PC no repertório de atividades diárias de crianças e verificaram que elas tendem a ser mais dependentes dos pais, desempenham menor variedade de atividades diárias com menor participação em atividades sociais e de recreação.” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 30)

As pessoas têm diversas necessidades e objetivos e a sua interação com a sociedade é o que as faz crescer, sentir-se úteis, desenvolver novas capacidades, descobrir novas sensações, evoluir e fazer parte de algo. É na adolescência que essa descoberta começa e para tal é preciso alcançar independência, abrindo novos caminhos, mas para que isso aconteça a pessoa tem de ser pática e neste caso este processo é dificultado. “A capacidade funcional representa um aspeto muito importante na saúde global de um indivíduo e é um dos fatores determinantes na sua qualidade de vida.” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 30)

Influência da Sociedade

“No estudo de Yude *et al.*⁶⁰ foi observado que as crianças com PC que apresentam formas mais leves de incapacidade são mais marginalizadas que as que apresentam formas mais graves de incapacidade intelectual e funcional.” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 31)

Quando os jovens com Paralisia Cerebral deixam a escola tendem a ser menos ativos socialmente ficando mais isolados, o que dificulta na sua integração na sociedade. Estes adolescentes não desenvolvem atividades com colegas, como sair à noite por exemplo, talvez por não terem necessidade ou possibilidade de se encontrarem além do tempo de escola.

O alcance da independência, “a curiosidade, a determinação e a capacidade de resolver problemas” num indivíduo com paralisia cerebral afeta a sua vida em sociedade. Mas a sociedade, ou seja ” O grau de aceitação da criança com PC pela comunidade, (...) o acesso à educação e assistência da comunidade (cuidado médico primário, recreação, reabilitação e transporte) também afetam a evolução da criança” (Zonta, Júnior, & Santos, 2011, p. 28)

Além das dificuldades sentidas pelos indivíduos com paralisia cerebral, as atitudes da sociedade podem também ter uma influência negativa sobre o desenvolvimento de relações íntimas e sexuais de adolescentes com Paralisia Cerebral.

Segundo Satow “Um dos principais preconceitos que a paralisia cerebral sofre é o ser confundido com portador de deficiência mental, ter dificuldade de comunicação, desordenação motora, movimentos involuntários, imagem bizarra pelo tónus muscular anormal.”

O que os elementos da sociedade podem fazer para ajudar?

Todos os indivíduos têm uma meta, um objetivo, todos com direito a uma família, assistência médica, educação, uma vida social em geral. É necessário desenvolver as capacidades máximas, para ter sucesso, contribuir e ser membro da sociedade.

Na escola as crianças já tem consciência da diferença, das suas necessidades específicas, sendo necessário um apoio a nível psicológico.

A escola poderá desenvolver a disciplina de educação sexual, para ajudar a compreender e a lidar com algumas questões relacionadas com a sexualidade, a interação e a relação entre indivíduos com Paralisia Cerebral. É importante que os indivíduos se conheçam, tenham consciência dos seus desejos, anseios e necessidades. Aprender como agir e interagir com os outros de modo a estimular a vida social e a melhorar as relações interpessoais e íntimas no futuro. O contato com os outros, as atividades sociais, o desenvolvimento íntimo e sexual é muito importante para o desenvolvimento do adolescente.

É essencial a existência de um equilíbrio familiar e profissional para fortalecer e realizar cuidados adequados, enfrentando as dificuldades de acordo com as deficiências.

Esta problemática não tem cura e dura toda a vida, mas é possível gerir as situações de modo a estimular mais as crianças e proporcionar-lhes um futuro melhor, com o máximo de independência possível.

O que fazer na área das artes visuais?

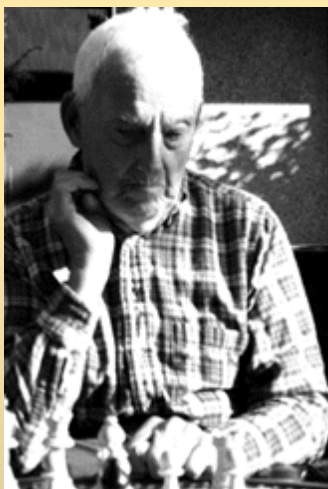
Enquanto professora na área das artes visuais considero importante para o desenvolvimento destes indivíduos o trabalho de pares, que pode favorecer os aspetos da intimidade, entre ajuda e a partilha de ideias, contribuindo para uma melhor vida em sociedade.

O estudo da comunicação visual pode ajudar a entender diversas formas de comunicar.

O desenvolvimento de trabalhos artísticos pode estimular a criatividade e pode ser uma forma diferente de transmitir ideias e sentimentos.

Com este estímulo os indivíduos podem descobrir o artista que há em si.

Curiosidades



Paul Smith nasceu com paralisia cerebral e é uma inspiração para todos, pois ficou conhecido pela sua arte.

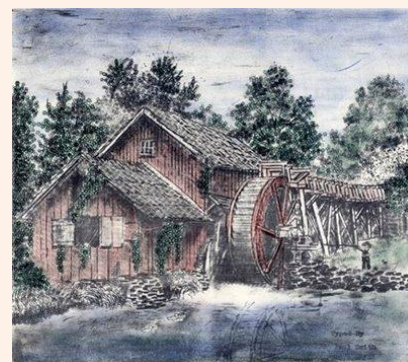
Em criança obteve a sua primeira máquina de escrever e aprender a usar as teclas para formar retratos, paisagens e naturezas mortas.

O seu trabalho assemelha-se a desenhos a grafite, com os degradês, desenvolveu técnicas para criar sombras e texturas. Ele usava os caracteres da máquina para desenvolver o seu dom. Não conseguia clicar em 2 teclas ao mesmo tempo, “então trancava a tecla *shift*”, os caracteres formam desenhos fantásticos, são a sua ferramenta artística, utilizando na maioria “os símbolos no topo das teclas numéricas”, como por exemplo: !”#\$%&/()=?

Paul criou imensas obras incríveis com a máquina de escrever.

Este artista nasceu na Filadélfia, no dia 21 de Setembro de 1921, prejudicado pela sua dificuldade na fala e mobilidade, não frequentou a escola, mas não deixou de ser uma personagem significativa.

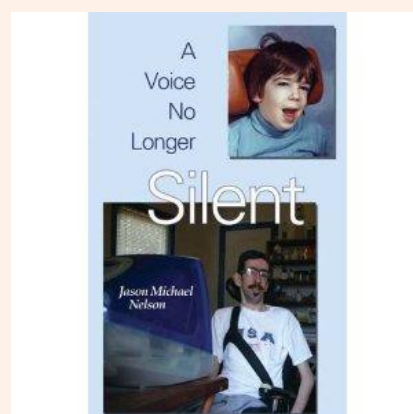
Paul além de um grande artista mostrava ser um excelente jogador de



Jason Michael Nelson, tetraplégico e mudo, nasceu em 1975 com o cordão umbilical enrolado no pescoço, 18 meses depois foi-lhe diagnosticado Paralisia Cerebral.

É um artista, um escritor, que redigiu o livro “A voice no longer Silent”, utilizando apenas a cabeça, com a ajuda de um *software*. As novas tecnologias mostram-se uma grande ajuda para o desenvolvimento do homem.

Jason diz: “A cabeça não é como o corpo”, ao contrário do que muitos pensam.



Após alguma pesquisa dei-me conta de que existe mais inquietação pelas questões da diferença do que se faz sentir na sociedade. De forma por vezes camuflada e aos poucos, as preocupações com estas problemáticas mostram-se até significativas.

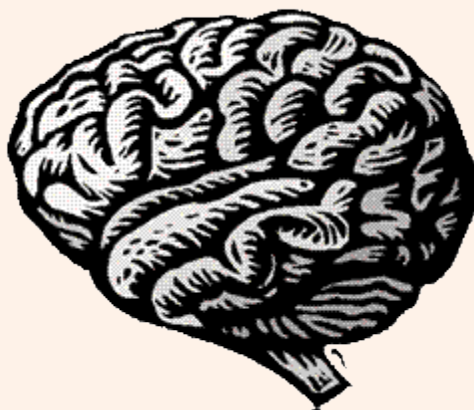
Através dos meios de comunicação a sociedade é informada e guiada, pois é uma grande influência. O cinema é um meio que se torna bastante eficaz para mostrar pensamentos, insatisfações, vidas, sentimentos, etc. É apreciado por muitos e um veículo onde facilmente nos colocamos na história por ele apresentada.

De seguida aponto uma grande diversidade de filmes interessantes, que abordam estes assuntos, que mostram o preconceito, a marginalização, sensibilizando o público com a intenção de “abrir mentes”. Estas abordagens evidenciam que todos os indivíduos têm a necessidade de se sentir uteis, fazer parte da sociedade e que todos possuem o poder de fazer algo, só precisam de um estímulo, de oportunidade para mostrar a grandiosidade que existe dentro de si.

Filmes interessantes:

- The Miracle Worker (1962), de Arthur Penn
- A Patch of Blue (1965), de Guy Green
- My Left Foot: The Story of Christy Brown (1989), de Jim Sheridan
- Lorenzo’s Oil (1992), de George Miller
- The Eighth Day (1996), de Jaco Van Dormael
- Simon Birch (1998), de Mark Steven Johnson
- Patch Adams (1998), de Tom Shadyac
- The Other Sister (1999), de Garry Marshall
- I am Sam (2001), de Jessie Nelson
- Radio (2003), de Michael Tollin
- The Keys to the House (2004), Gianni Amelio
- Miracle Run (2004), de Gregg Champion
- Snow Cake (2006), de Marc Evans
- Music Within (2007), de Steven Sawalich
- Front of the Class (2008), de Peter Werner

Existem cerca de 86 bilhões de neurónios no sistema nervoso do ser humano, estes são as células responsáveis pela condução do impulso nervoso, transmitem estímulos aos músculos, onde estes por consequência obedecem aos neurónios.



O cérebro é considerado o órgão mais nobre do nosso corpo.

Estudo de caso

Caracterização do meio envolvente à instituição

A cidade de Alcobaça situa-se na região Centro, sub-região do Oeste, é distrito de Leiria, com cerca de 17 770 habitantes. É constituída pelas freguesias de Alcobaça e parte das freguesias de Évora de Alcobaça, Prazeres (Aljubarrota), Maiorga e Vestiaria. Nos (censos 2011), observou-se que a população de Alcobaça aumentou 14%. A cidade é sede de um município com 408,14 km² de área e 56 676 habitantes (2011), subdividido em 18 freguesias.

Localização da cidade:

- 92 km a norte de Lisboa (124 km via A8, ou 110 km via IC2 / A1),
- 88 km a sudoeste de Coimbra (114 km via A8 / A17 / IC8 / A1, ou 105 km via IC2 / A1).

Município limitado por:

- A norte pelo município da Marinha Grande;
- A leste por Leiria, Porto de Mós e Rio Maior,
- A sudoeste pelas Caldas da Rainha
- A oeste envolve por completo a Nazaré e tem dois troços de costa no Oceano Atlântico.

Alcobaça foi elevada a cidade em 1995, é conhecida pelo Mosteiro de Santa Maria, em torno do qual se desenvolveu a povoação, a partir do século XV. É banhada pelos rios Alcoa e Baça, nomes de cuja aglutinação a tradição faz derivar o seu nome – o que está longe de ser consensual.

Caracterização da instituição

O CEERIA (Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça), situa-se na Rua do Castelo, n.º152 2460-036 em Alcobaça, é uma associação sem fins lucrativos fundada a 3 de Dezembro de 1976. Em 1980 é-lhe reconhecido o estatuto de Pessoa Coletiva de Utilidade Pública, e desde 1985 que está registada como Instituição Particular de Solidariedade Social.

O CEERIA é uma importante estrutura social no concelho de Alcobaça, que apoia mais de 500 pessoas. Esta instituição procura essencialmente ser uma resposta no âmbito da Educação Especial. Possibilitando a receção de crianças, jovens e adultos, que devido às suas características, têm necessidades especiais de educação, assim como “dificuldades em aceder a contextos familiares, escolares, sociais e profissionais adequados ao seu nível etário e características pessoais.

Este projeto tem o apoio de mais de 65 parceiros de intervenção, desde empresas, instituições a autarquias, com a orientação dos procedimentos de qualidade baseados no referencial europeu EQUASS (European Quality in Social Services).

Atualmente, o CEERIA integra as seguintes valências de intervenção:

- **Intervenção Precoce na Infância (IPI);**
 - Educação
 - Enfermagem
 - Psicologia
 - Serviço Social
 - Terapia da Fala
 - Terapia Ocupacional
- **Centro de Recursos para a Inclusão (CRI);**
 - Psicologia
 - Terapia da Fala
 - Terapia Ocupacional
 - Fisioterapia
 - Hidroterapia
 - Hipoterapia/ Equitação Terapêutica
 - Psicomotricidade
 - Programa de Transição para a Vida Ativa
- **Centro de Reabilitação Profissional (CRP);**
 - Informação, Avaliação/Orientação para a Qualificação e Emprego (IAOQE)
 - Formação Profissional Inicial
 - Formação Profissional Contínua e Unidades de Formação de Curta Duração
 - Apoio à Colocação
 - Acompanhamento Pós-Colocação
 - Ajudas Técnicas
 - Empresa de Inserção
- **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO);**
 - Atividades Terapêuticas:
 - Hidroterapia
 - Hipoterapia
 - Musicoterapia
 - Psicomotricidade
 - Relaxamento e estimulação sensorial
 - Adaptação ao meio aquático
 - Boccia
 - Atividades Ocupacionais:
 - Expressão Plástica
 - Trabalhos Manuais
 - Expressão Dramática
 - Ateliê de Moda
 - Costura
 - Culinária
 - Comunicação em grupo
 - Socialização
 - Utilização de serviços da comunidade
 - Prestação de serviços internos
 - Protocolos de Cooperação em Ocupação no exterior
 - Atividades Desportivas:
 - Natação Adaptada
 - Hidroginástica
 - Remo Indoor
 - Caminhada
 - Equitação Adaptada
 - Atletismo
 - Atividade Física de Manutenção
- **Centro de Apoio Residencial (CAR);**
 - Comunicação em grupo
 - Socialização
 - Atividades de Recreação, Lazer e Bem-estar
 - Cuidados de Higiene e Imagem
 - Alimentação
 - Tratamento da Roupas
 - Gestão Económica
 - Acompanhamento Familiar

Instrumentos de dados utilizados

Os dados relativos ao contexto da instituição foram recolhidos por meio de observação naturalista, tendo como objetivo a descrição da mesma. Os restantes dados foram fornecidos pela instituição.

Objetivo do estudo

Este estudo foca-se na observação do clima sócio-afectivo entre os utentes, com o objetivo de observar as suas capacidades e o interesse que têm pelas atividades exercidas na instituição. Além desta observação naturalista é proposta uma atividade a um dos utentes com a patologia estudada anteriormente, a Paralisia Cerebral, tipo: Diplegia, decorrente de anóxia perinatal e tem ainda associada deficiência mental moderada. Esta será um exercício de desenho, onde o individuo fará uma observação de 4 obras de arte (ver anexo pág. 36) e elaborará o seu próprio desenho baseado nas mesmas, o objetivo é caracterizar a ilustração elaborada comparando com os elementos visuais da comunicação (pontos, linhas, cores, volumes, dimensões, texturas, etc.) existentes nas obras mostradas.

Instrumento de recolha de dados utilizado

O instrumento de recolha de dados utilizado foi a observação dos utentes do Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça, tendo-se solicitado a um dos utentes a realização de um desenho a fim de observar a sua reação à atividade e o resultado da mesma.

Procedimentos de aplicação e de Caracterização do instrumento

Pretendo conferir rigor a este trabalho e, como tal, adotei alguns procedimentos, tanto ao nível da aplicação, como da caracterização do instrumento.

Durante a aplicação, num primeiro momento, apresentei-me ao individuo em questão assim como a todos os utentes que se encontram no meio, com o objetivo de criar alguma empatia e conseguir captar a sua atenção com fim a uma boa colaboração. Ao fim de dois dias de observação informei ao alvo qual o trabalho a desenvolver com ele, neste caso a elaboração de um desenho com base em obras de arte famosas. Foi necessário combinar um dia e uma hora, tendo em conta, que ao longo da semana os utentes exercem organizadamente diversas atividades, cumprindo horários e tendo responsabilidades. O espaço mais indicado para exercer esta atividade foi na oficina de azulejo, onde se fazem trabalhos mais criativos, com o espaço ideal para realizar a atividade proposta, visto não fugir muito do contexto da oficina.

Neste processo, tive o cuidado de não ser demasiado explicativa ou sugestiva na descrição da tarefa e de evitar trocas de impressões entre o utente, a fim de não influenciar na realização do desenho. De seguida, entreguei o material, nomeadamente, uma folha branca A3, lápis de cor variados, marcadores e lápis de cera, havendo a preocupação de evitar o uso de material rigoroso, como réguas ou compasso, o que poderia limitar a expressão gráfica e a criatividade expressas no desenho. Com o trabalho terminado, agradei a amável colaboração, apoio e disponibilidade do interveniente, do técnico da oficina e de todos os utentes que lá se encontravam no momento.

Características dos desenhos

Em primeiro lugar efetuei uma apreciação sincrética do desenho, as ideias, a expressão gráfica, etc.

De seguida, procedeu-se à caracterização do desenho de acordo com vários parâmetros sugeridos por Albano Estrela (1994), sobre Análise de desenhos onde utilizo apenas elementos de caracterização: condição em que foi realizado e características de ordem geral; estrutura espacial; linhas, forma e volume; objetos; figuras humanas; proporções, dimensões e distâncias relativas; cores; outros elementos e relações entre dados.

Parâmetros de Caracterização de Desenhos
1- Condição em que foi realizado e características de ordem geral.
2- Estrutura espacial.
3- Linhas, forma e volume.
4- Objetos.
5- Figuras humanas.
6- Proporções, dimensões e distâncias relativas.
7- Cores.
8- Outros elementos.
9- Relações entre dados.

Caraterização do desenho

1- Condição em que foi realizado e características de ordem geral.

O desenho foi executado tendo como base 4 obras de arte famosas, a *Mona Lisa* de Leonardo da Vinci, de 1503-1506, *O Grito* de Edvard Munch, de 1893, a *Premonição da Guerra Civil* de Salvador Dalí, de 1936 e *Les demoiselles d'Avignon* de Pablo Picasso, de 1907. Foi dada uma folha de papel de tamanho A3 e colocado à disposição do mesmo, lápis, marcadores e lápis de cera de diversas cores. O desenho foi realizado com o técnico e outros colegas na sala, contudo não houve interferência dos mesmos. Quando o utente finalizou o seu desenho entregou-o.

Entre as obras facultadas o interveniente escolheu iniciar o seu trabalho pela obra *Mona Lisa* de Leonardo da Vinci, desenha alguns elementos dessa obra e ainda da obra *O Grito* de Edvard Munch, as outras duas obras não estão explicitamente representadas no seu desenho. Neste existe ainda um elemento que não constava em nenhuma das obras, uma casa, mas esta é colorida e organizada com outros elementos secundários do desenho que de alguma forma se relacionam com as obras facultadas. O trabalho foi realizado apenas com os lápis de cor.

2- Estrutura espacial.

O desenho foi executado com a folha A3 posicionada no sentido horizontal, os principais elementos que constituem o desenho estão posicionados de forma triangular, 2 figuras humanas e um objeto (casa), um elemento no centro superior (figura humana), o primeiro que foi desenhado, influencia da obra *Mona Lisa*, outro no canto inferior direito (casa), o segundo a ser elaborado e por fim outra figura humana no canto inferior esquerdo desenhada em ultimo lugar, figura da obra *O Grito*, existe ainda um elemento secundário situado por cima do desenho da casa, um componente da obra *O Grito*.

3- Linhas, forma e volume.

Existe uma diversidade de linhas curvas nas cabeças, mãos e partes do corpo e linhas retas na casa e vedações. O desenho é maioritariamente constituído por formas geométricas. Em alguns dos elementos como a casa e partes da figura humana têm sinais de volume.

4- Objetos.

Os objetos existentes neste desenho são: 1 casa, 1 vedação e 1 árvore.

5- Figuras humanas.

No desenho existem 2 figuras humanas

6- Proporções, dimensões e distâncias relativas.

No desenho não se encontra grande preocupação por estes parâmetros, mas existe uma semelhança entre as duas figuras humanas, pois têm mais ou menos o mesmo tamanho, mas em relação a outros elementos como a casa a semelhança entre dimensões está completamente desproporcionado, parecendo não existir relação entre os três elementos desenhados.

7- Cores.

Neste trabalho o indivíduo utilizou o cor-de-rosa nas figuras humanas, na casa existe uma grande variedade de cores, como o azul claro na lateral da casa, o azul-escuro na parte inferior da frente da casa, o laranja na parte superior da frente da casa e o vermelho no telhado. Num outro elemento que representa o chão o utente pintou de castanho. A vedação é apenas representada com linhas de cor preta e a árvore não foi pintada.

8- Outros elementos.

Existe a representação do chão e risco que podem ser ervas, perto do canto superior direito onde está desenhada a árvore.

9- Relações entre dados.

Como já foi mencionado, não parece existir qualquer relação entre os elementos constituintes do desenho, visto que a figura representa obras diferentes. Mas nota-se que existiu uma grande influência nas formas, cores e elementos das obras apresentadas, por exemplo:

- O elemento situado no centro superior uma figura humana, tem influência na obra *Mona Lisa*.
- No canto inferior direito a casa tem as mesmas que as existentes na obra *O Grito*.
- A outra figura humana no canto inferior esquerdo é a figura da obra *O Grito*.
- O elemento secundário situado por cima do desenho da casa parece ser um componente da obra *O Grito*.

Ver Desenho (anexo pág. 37).

Conclusões

Com os cuidados certos de uma família, de um amigo, de uma instituição de uma comunidade, sociedade, com todo o apoio necessário podem-se abrir portas para uma independência que nos leva a percorrer o nosso caminho, a atingir objetivos por nós próprios.

O ser humano, o corpo humano é incrível, existe ainda muito por descobrir. O ser humano tem necessidade de se exprimir e criar exaustivamente sem conseguir saciar a sua vontade. Inesperadamente o ser humano vai além do que alguma vez se pensa que seja possível.

As diferenças podem afetar a forma de viver na sociedade. Esta tem de aceitar a maneira como cada um se apresenta e deve estimular todos para o cumprimento de uma meta, acompanhar, dar oportunidade, exercer atividades que atuem em vários aspetos dependendo das necessidades de cada um. A sociedade deve aceitar a diferença e evitar julgar os casos antes de conhecer o indivíduo.

Existem limitações, mas pode existir sempre um ponto que se possa manusear e levar à vontade de viver, a ter um lugar na sociedade, a fazer a diferença sendo diferente.

Na educação dos dias de hoje luta-se pela integração e inclusão. É não só essencial que os alunos com necessidades especiais se sintam incluídos e integrados, como também é importante que os outros aceitem o elemento diferente. Apoiar é fundamental, assim como fazer com que todos se sintam bem.

É muito importante que todos tenham o direito de se expressar, transmitir pensamentos, ideias, alegrias, sentimentos entre outras emoções. Por de trás de cada um pode estar escondido um génio, algo valioso. Todos temos um artista dentro de nos, só precisa de acordar.

Este estudo mostra que tudo é possível com uma boa instrução, com uma grande mostra de caminhos e de possibilidades, com a transmissão de conhecimento e criação de oportunidades.

A experiência no CEERIA, foi inesquecível e proveu-me de um maior conhecimento acerca das deficiências. Este contato não poderia ter sido melhor, contando que tive imenso apoio na intervenção, os pacientes foram muito simpáticos e reagiram bastante bem às propostas sugeridas.

Observei que as pessoas têm boas relações umas com as outras, mostram-se sempre disponíveis para ajudar. Deparei-me que realizam as suas atividades do dia-a-dia com um sorriso no rosto, adoram fazer coisas novas, conhecer, interagir, ansiando sempre mais.

Nesta instituição têm a oportunidade de fazer uma grande variedade de exercícios, são muito estimulados, fazendo com que se sintam úteis e admirados.

Muitos dos utentes fazem um esforço enorme para alcançar os seus objetivos, com uma imensa força de vontade que os leva a atingir as metas pretendidas. São recompensados com novos incentivos e elogiados pelas pequenas grandes coisas que fazem.

É de relevar que esta instituição busca pela socialização, não só dentro da instituição entre os utentes, professores e auxiliares; como fora. Existe a missão da inclusão. Os utentes saem à rua e fazem peças de teatro, passagens de modelos e mostram a sua arte e habilidades em alturas festivas, o que os faz sentir aceites e felizes, pois adoram música, festa e diversão.

Em relação ao estudo feito com o utente com Paralisia Cerebral, achei o resultado muito interessante.

No desenho nota-se claramente a influência das obras: principalmente nas cores e personagem existentes.

No elemento (a casa) apesar de não existir em nenhuma das obras, as cores utilizadas são as mesmas que uma das obras, talvez este elemento não seja assim tão “por acaso”, alguns pormenores de alguma obra podem ter influenciado essa estrutura.

Na figura apresentada ao centro o indivíduo representou, “à maneira dele”, muito bem as dimensões entre as formas geométricas apresentada na obra “Mona Lisa”.

A figura que representa a obra “O Grito” também está muito bem conseguida. Um dos pormenores a relevar é o facto de o desenho na parte inferior do corpo da personagem se tornar mais esguio tal como na obra original.

A posição das mãos tanto da personagem da obra “Mona Lisa”, como “O Grito” são representadas tal como aparece nestas, por exemplo na obra “Mona Lisa”, a mão direita é maior e encontra-se mais próxima do espetador do que a esquerda, que na obra original encontra-se por cima da mão esquerda.

Pode-se observar que o indivíduo desenha os braços das figuras sempre com linhas curvilíneas, mas sempre respeitando a orientação das obras sobre as quais trabalha.

Entre estas conclusões, com um estudo exaustivo das obras e do desenho do utente, podem-se observar imensas influências e pormenores com uma grande relação com as mesmas.

O utente reagiu muito bem à proposta desta atividade. Observei que quando ele desenhava pormenores inclinava a sua cabeça para frente e que foi sempre muito decidido acerca das cores que havia de utilizar e do rumo que dava ao seu desenho. Ao fim de algum tempo já se encontrava instável e apressou-se a terminar o desenho. Entregou a sua obra com um sorriso no rosto.

Este trabalho foi muito gratificante para o desenvolvimento dos meus conhecimentos. Tive experiências incríveis e é um assunto que pretendo continuar a explorar.

Uma experiência relevante para a decisão do meu futuro profissional.

Webgrafia

- (s.d.). Obtido de [http://pt.wikipedia.org/wiki/Alcoba%C3%A7a_\(Portugal\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Alcoba%C3%A7a_(Portugal))
- (s.d.). Obtido de http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fwww.cerebralpalsysource.com%2FNews_and_Articles%2Friding-horses-treat-cp%2Findex.html&anno=2
- (s.d.). Obtido de http://pt.wikipedia.org/wiki/Paralisia_cerebral
- (s.d.). Obtido de <http://paralisiacerebral.webnode.com.br/causas-da-paralisia-cerebral/>
- (s.d.). Obtido de http://pt.wikipedia.org/wiki/Mosteiro_de_Alcoba%C3%A7a
- (s.d.). Obtido de <http://indicadoroculto.blogspot.pt/2011/08/paul-smith-o-artista-da-maquina-de.html>
- (s.d.). Obtido de http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=tJv7wkqQRww#!
- (s.d.). Obtido de <http://www.youtube.com/watch?v=5-Bh3W8CBKs>
- (s.d.). Obtido de http://www.youtube.com/watch?v=ug5zV2_koWo
- (s.d.). Obtido de <http://www.youtube.com/watch?v=oNUdBvVH3MI>

Bibliografia

- Assis-Madeira, E. A., & Carvalho, S. G. (2009). *Cerebral Palsy and Risks Factors in Motor Development: A Theoretical Review*.
- Bjorklund, R. (2007). *Cerebral Palsy*.
- Hoffmann, R. A., Tafner, D. M., & Fischer, M. J. (s.d). *Paralisia Cerebral e Aprendizagem: umestudo de caso inserido no ensino regular*.
- Leite, J. M., & Prado, G. F. (2004). *Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos eClínicos*. brasil .
- Miller, F. (2004). *Cerebral Palsy*. USA.
- Zonta, M. B., Júnior, A. R., & Santos, L. H. (2011). *Avaliação funcional na Paralisia Cerebral*.

Anexos

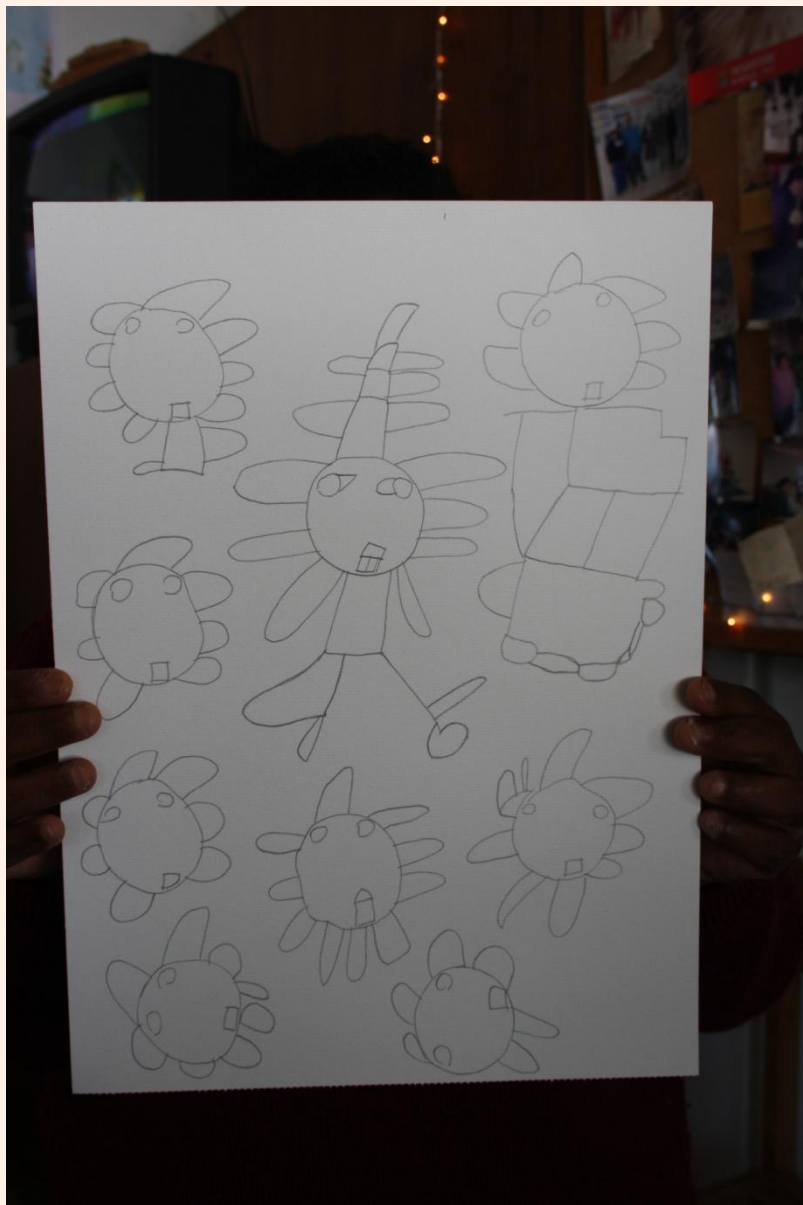
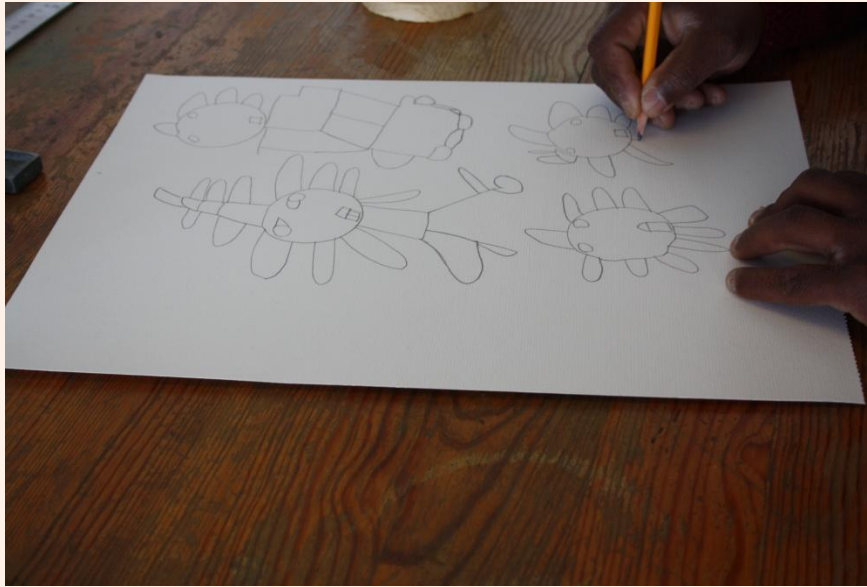


Obras apresentadas ao paciente com Paralisia Cerebral.



A obra do paciente com paralisia cerebral

Desenhos







Colagens









Costura



Outras atividades

