



Guia
prático
da

Pessoa

com deficiência



Guia Prático da Pessoa com Deficiência

CEFAI e CREF1

REALIZAÇÃO



CEFAI
Câmara de Educação Física
Adaptada e Inclusiva



CREF1
Conselho Regional de
Educação Física da
Primeira Região RJ

PARCEIROS

confef
Sistema CONFEF/CREFs
Conselhos Federal e Regionais de Educação Física

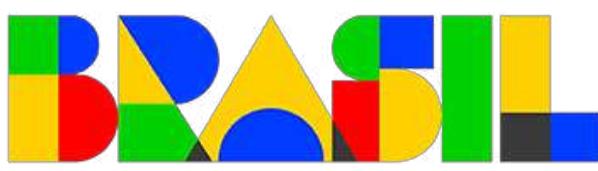
Diretoria da Pessoa
com Deficiência

OABRJ

SUDERJ
Superintendência de Desportos do Estado do Rio de Janeiro


ONDA
ORGANIZAÇÃO NEURODIVERSA
PELOS DIREITOS DOS AUTISTAS

MINISTÉRIO DO
ESPORTE

GOVERNO FEDERAL

UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

* Organização ONDA contribuiu com o texto do TEA.

MEMBROS CEFAl

Presidente: George Telles - CREF 019585-G/RJ

Hanna Kwitko - CREF 021939-G/RJ

João Lucas Lima - CREF 052203-G/RJ

Larissa Barranco - CREF 039687-G/RJ

Sergio Machado - CREF 018118-G/RJ

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Carlos Ramon Vieira da Silva

REVISÃO

Juliana Figueiredo Teixeira e Wellington Machado - CREF 039356-G/RJ

LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS NORTEADORES DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Declaração de Salamanca – 1994;

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU-2006);

Lei nº 10.098, 19 de dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (Lei da Acessibilidade).

Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei Berenice Piana);

Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Lei nº 13.977, 8 de janeiro de 2020, denominada “Lei Romeo Mion”, altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Lei Berenice Piana), e a Lei nº 9.265, de 12 de fevereiro de 1996 (Lei da Gratuidade dos Atos de Cidadania), para criar a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Ciptea), de expedição gratuita (Lei Romeo Mion).

Lei nº 14.624, 17 de julho de 2023, instituído o cordão de fita com desenhos de girassóis como símbolo nacional de identificação de pessoas com deficiências ocultas (Lei do Cordão de Girassol).

As imagens utilizadas nesse documento foram retiradas de banco de imagens: *Freepik* e *Envato*.

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que disponibilizamos este Guia Prático através da Câmara de Educação Física Adaptada e Inclusiva do CREF1. Um agradecimento em especial ao Presidente do CREF1, Rogério Melo, por todo apoio à Câmara e incentivo à realização e construção deste trabalho. Um agradecimento ao Vice-Presidente do CREF1, Ernani Contursi, por estimular a reativação da Câmara e pelo incentivo à inicialização deste trabalho. Agradeço também a toda diretoria do CREF1, bem como ao corpo de Conselheiros (as) do atual mandato. Sem o apoio de todos (as), este trabalho não seria possível. Agradecimento a todos (as) que contribuíram para a construção deste guia, e principalmente aos membros da CEFAI. E por último, mas não menos importante, um agradecimento ao competente, ativista social e amigo, Geraldo Nogueira, que hora prefacia esse Guia Prático.

Ao Profissional de Educação Física, desejamos que este guia possa contribuir com uma intervenção de excelência para as Pessoas com Deficiência. Este material não possui um cunho balizador, mas sim oportuniza ferramentas para a segurança da intervenção.

Vale ressaltar que, independentemente de nossa área de atuação dentro da Educação Física, precisamos estar capacitados a atender uma Pessoa com Deficiência com todos os Diretos que a permeiam. E foi pensando nisso, que construímos com muito carinho e tecnicidade este material para apoiar em suas aulas/atendimentos e beneficiar não só a nossa profissão, mas principalmente a quem mais precisa dela, nossa população.

Desejo que este material os ajude a proporcionar cada vez mais saúde à nossa população na totalidade, de forma igualitária e inclusiva. Vamos Oportunizar!

George Telles
Presidente CEFAI

PREFÁCIO

Por: Geraldo Nogueira*

Ao receber o convite para prefaciar esta obra e ao iniciar este escrito, vem-me à lembrança os inúmeros profissionais da educação física com os quais tive a oportunidade de conviver e, dos muitos com os quais ainda convivo. Categoria profissional sobre a qual pesa o ônus de melhorar a condição física e de saúde de nossa população.

Ciente de que, praticar exercícios físicos significa reduzir a ansiedade e as perturbações neurovegetativas, a pressão arterial e o colesterol para os níveis de normalidade, e como pessoa com deficiência e usuário de cadeira de rodas, vivencio a contínua busca de espaços para manter uma atividade física que me dê melhor qualidade de vida, ao tempo em que seja adaptada à minha condição física. Foi essa busca, por uma atividade física adaptada, que me fez perceber que o diferencial está no profissional de educação física e em sua capacidade de superar a falta de adaptação dos equipamentos e nos espaços.

O Guia Prático da Pessoa com Deficiência, da Câmara de Educação Física Adaptada e Inclusiva do CREF1, faculta ao profissional de educação física um passeio por diversos temas da deficiência, com foco na faixa de segurança de intervenção e nos conceitos básicos de cada tipo de deficiência. A coerência e evolução das narrativas demonstram a habilidade dos organizadores da obra e conduz o leitor, pelo viés da inclusão, a uma visão da importância do conhecimento sobre as deficiências e as possibilidades adaptativas, clarificando os caminhos para uma educação física especializada e inclusiva.

A forma didática com que os autores desenvolvem o estudo sobre cada tipo de deficiência, permite-nos conhecer sobre diferentes assuntos, com entendimento dos aspectos teóricos e práticos com que a educação física pode atuar no universo das pessoas com deficiência e a conformação adotada admite pesquisa a conteúdo específico, facilitando ao profissional examinar celeremente as informações sobre determinada deficiência, suas características e comorbidades a serem observadas.

O Guia Prático da Pessoa com Deficiência é um compêndio apropriado de ensinamentos, que indica os conhecimentos iniciais que os profissionais de educação física devem ter sobre as pessoas com deficiência, garantindo-lhes atuação adequada e intervenção dentro da faixa de segurança esperada. A cada tema estudado, o profissional terá melhor percepção das dificuldades impostas para cada tipo de deficiência e qual direção deve seguir para superá-las.

O Guia segue uma ordem que facilita compreender, de forma simples, a complexidade da educação física adaptada. O tópico “Você Sabia?”, inseridos na dissertação de cada tema da deficiência, é de suma importância para a derrubada dos estereótipos, aos quais estamos submetidos como filhos de uma sociedade preconceituosa e capacitista. Não basta conhecer a técnica da educação física adaptada sem antes nos conscientizarmos sobre a influência da concepção negativa e perniciosa que temos dos indivíduos com deficiência. É a derrocada dos mitos que vai facultar ao profissional de educação física agir, não somente na melhora da qualidade de vida da pessoa com deficiência, mas sobretudo no processo de sua inclusão social.

Uma obra que desperta reflexões e admite consultas a temas específicos com visão dos aspectos didáticos e práticos. De fácil leitura pela clareza e densidade dos textos e rico no conteúdo pelo grau de competência e saber dos autores, a obra oferece aos interessados mais uma fonte de pesquisa e aos profissionais de educação física mais um instrumento para a evolução no conhecimento de sua profissão com uma performance inclusiva em prol das pessoas com deficiência.

**Superintendente de Ações para Pessoas com Deficiência da Subsecretaria de Políticas Inclusivas do Estado e Diretor Titular da Diretoria da Pessoa com Deficiência da OAB/RJ.*

Uma Obra Lapidada no Respeito e na Integração

Por: Claudio Augusto Boschi – Presidente CONFED

A legislação brasileira tem avançado na proteção das pessoas com deficiência, como também tem aberto portas para promover as potencialidades dessas pessoas em todos os cenários e contextos da vida. Chama a atenção que o avanço desta área legislativa no Brasil possui um histórico inicial de tempo bastante semelhante à regulamentação da categoria Profissional de Educação Física, pois a regulamentação ocorreu em 1998, e a importante Lei da Acessibilidade foi estabelecida em 2000.

Tal sincronidade demonstra a longa e difícil luta travada por familiares, legisladores, procuradores, profissionais das áreas da Saúde, Educação, Educação Física, Assistência Social, entre outros, para estabelecer uma sociedade em que todos tenham direitos iguais e orgulho da própria cidadania.

Importante assinalar que no campo da Educação Física, a formação dos profissionais da disciplina Educação Física Adaptada, nas últimas décadas no Brasil, mantém-se de mãos dadas com as famílias e com as demais categorias profissionais que sustentam a luta pela dignidade de todos os brasileiros com deficiência.

Os autores deste livro, ao abordarem conhecimentos teóricos e práticos sobre condições como o Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI), Deficiência Física, Deficiência Visual, Deficiência Auditiva e apontarem características de algumas Doenças Raras, procuram levar aos Profissionais de Educação Física a importante mensagem de que a proposta de uma sociedade inclusiva deve se refletir nas Boas Práticas realizadas no cotidiano das intervenções profissionais.

Por isso, nada melhor do que uma obra direcionada ao Profissional de Educação Física para trabalhar a inclusão das Pessoas com Deficiência, para poder proporcionar a igualdade de condições da prática da atividade física orientada em todos os ambientes.

O Conselho Federal de Educação Física - CONFED valoriza a produção de materiais educativos que possam incentivar o conhecimento atualizado dos Profissionais de Educação Física, e acredita que, por meio das Boas Práticas, esses profissionais têm muito a contribuir para alcançarmos no país a realidade de diferentes grupos populacionais serem fisicamente ativos, socialmente inclusivos, bem como possam ser membros de comunidades participativas.

Como Profissionais da Saúde, Educação e Esporte, não podemos nos furtar ao compromisso de cuidar, educar e aprimorar, dentro do que compete a nossa função, as pessoas com deficiência, que buscam a igualdade de condições, dentro da equidade cabível, para atingirem o patamar de prática de atividade física no que almejam. Seja para ser fisicamente ativo(a) ou para se tornar um(a) atleta profissional.

Esta obra é realmente algo de se orgulhar! Recomendamos a leitura atenta, pois nós, Profissionais de Educação Física, não podemos perder a oportunidade de enriquecermos o nosso conhecimento e demonstrar que podemos dar igual atendimento àqueles que buscam a orientação para prática da atividade física e desportiva.

O Sistema CONFEF/CREFs - Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física se orgulha em poder colocar sua marca em uma obra de relevância, capitaneada pelo nosso Primeiro Regional - CREF1/RJ.

Bem haja a todos que prosperam enriquecendo de conhecimento os seus pares.

CAPACITISMO

O capacitismo é uma forma de preconceito e pode levar a uma discriminação. Está baseado na capacidade ou habilidade da pessoa com deficiência, ou até mesmo na falta dessas características. É uma forma de opressão que marginaliza e desvaloriza indivíduos com deficiências física, sensorial, mental ou intelectual. Assim como o racismo e o sexismo, o capacitismo reforça estereótipos negativos e limitantes, perpetuando a exclusão e a desigualdade.

Uma das principais manifestações do capacitismo é a suposição de que as pessoas com deficiência são inferiores ou incapazes de realizar certas tarefas. Essa atitude prejudicial é perceptível em várias esferas da sociedade, desde o acesso limitado a serviços e infraestrutura, até a falta de representação adequada na mídia e nos espaços de poder.

Uma das principais barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência é a falta de acessibilidade. Isso inclui a falta de rampas ou elevadores em edifícios, a falta de legendas em vídeos e a ausência de materiais de leitura em formatos simples e acessíveis. Essas barreiras física e comunicacional limitam a participação plena e igualitária das pessoas com deficiência na sociedade.

É fundamental reconhecer o capacitismo e trabalhar para combatê-lo. A inclusão deve ser um princípio orientador em todas as áreas da sociedade, desde a educação até o mercado de trabalho. Isso significa garantir que as pessoas com deficiência tenham igualdade de oportunidades, acesso a recursos e a suporte.

A conscientização e a educação desempenham um papel vital na luta contra o capacitismo. É importante desafiar estereótipos e promover uma compreensão mais ampla da diversidade humana. As pessoas com deficiência têm talentos, habilidades e perspectivas valiosas para oferecer à sociedade. Ao valorizar e respeitar suas experiências, estamos construindo uma sociedade mais inclusiva e justa para todos.

É necessário ampliar a representação e o protagonismo das pessoas com deficiência na mídia e nas esferas de tomada de decisão. A diversidade deve ser celebrada e os espaços devem ser acessíveis para todos. Somente quando abordarmos o capacitismo de maneira abrangente e sistemática, poderemos alcançar uma sociedade verdadeiramente inclusiva, onde todas as pessoas sejam valorizadas e respeitadas, independentemente de suas habilidades.

SUMÁRIO

Transtorno do Espectro Autista (TEA)	14
Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI)	20
Deficiência Física	26
Deficiência Visual	32
Deficiência Auditiva	36
Doenças Raras	42
Boas Práticas na Intervenção com a Pessoa com Deficiência.....	44
Referências.....	48
Anexo - Anamnese.....	50



01



CAPÍTULO 01

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

1. Definição

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento caracterizada por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, dificuldades na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades. O TEA é um quadro amplo e ainda em constante investigação. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2022). O TEA tem como CID o código 6A02.0. Cabe lembrar que o Espectro significa que as pessoas autistas podem ter uma ampla variedade de habilidades e desafios.

2. Critérios para Diagnósticos

Segundo o DSM-5-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, texto revisado) e o CID-11 (Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição), para ser diagnosticada com TEA, a pessoa deve apresentar três dificuldades: na interação social, na comunicação e pelo menos dois no comportamento repetitivo e restrito. Anteriormente, o diagnóstico era comumente realizado em crianças a partir dos 3 anos, mas agora é reconhecido que os sinais podem ser identificados e diagnosticados antes dessa idade. É crucial que os sinais estejam presentes desde o início da infância, embora possam exigir a avaliação de especialistas para serem notados e interpretados corretamente. Os critérios diagnósticos para o TEA, conforme estabelecidos pelo DSM-5-TR e pelo CID-11, incluem a presença de três déficits na interação e comunicação social, além de pelo menos dois no comportamento repetitivo e restrito.

Os critérios seguem abaixo:

1. Dificuldades clinicamente significativas e persistentes na comunicação social e nas interações sociais, manifestadas de todas as maneiras seguintes:
 - a. Dificuldades expressivas na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social;
 - b. Dificuldade de reciprocidade social;
 - c. Dificuldade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento.
2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos duas das maneiras abaixo:
 - a. Comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou comportamentos sensoriais;
 - b. Adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento;
 - c. Interesses restritos, fixos e intensos.
3. Os sinais devem estar presentes no período inicial do desenvolvimento. Mas podem não se manifestarem completamente até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou possam ser mascaradas pelas estratégias aprendidas ao longo da vida.
4. Os sinais causam prejuízos clinicamente significativos em áreas sociais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento atual.

Níveis de suporte

Podem ser classificados quanto aos níveis de suporte: níveis de suporte 1, 2 e 3. Os níveis de suportes variam significativamente de pessoa para pessoa. No nível 1 de suporte, a pessoa pode apresentar dificuldade na interação social, na comunicação e na flexibilidade comportamental, mas consegue realizar a maior parte das atividades cotidianas



sem ajuda significativa. A pessoa autista no nível 1 de suporte pode apresentar padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades e ter dificuldade em adaptar-se a mudanças na rotina ou em lidar com ambientes sensoriais desafiadores. No entanto, com o suporte adequado, essas pessoas podem aprender a lidar com suas dificuldades e a desenvolver suas habilidades.

No nível 2 de suporte, a pessoa autista pode apresentar mais dificuldade na área de comunicação e interação social. A pessoa autista nível 2 de suporte pode ter dificuldades em iniciar e manter conversas com outras pessoas, de compreender as intenções e emoções dos outros e em expressar suas próprias emoções. Ela também pode apresentar comportamentos repetitivos e estereotipados, bem como interesses restritos e intensos. Além disso, podem ter dificuldades em realizar tarefas cotidianas, como cuidar de si e precisar de apoio significativo em sua vida diária. Ela pode ter dificuldade em lidar com mudanças na rotina ou em ambientes sensoriais desafiadores. Com o suporte adequado, pode aprender a lidar com suas dificuldades e a desenvolver suas habilidades. No nível 3 de suporte, a pessoa autista apresenta dificuldades significativas em todas as áreas do desenvolvimento, incluindo a comunicação, interação social e comportamento. A pessoa autista de nível 3 de suporte pode apresentar pouca ou nenhuma linguagem verbal, ou pode ter uma linguagem limitada e repetitiva. Ela também pode apresentar comportamentos estereotipados e repetitivos, bem como interesses restritos e intensos. Além disso, a pessoa autista de nível 3 de suporte pode precisar de apoio significativo em sua vida diária, incluindo cuidados pessoais, supervisão constante e suporte em ambientes escolares e comunitários. Ela pode ter dificuldade em lidar com mudanças na rotina e em compreender as expectativas sociais. Com o suporte adequado, pode aprender a lidar com suas dificuldades e a desenvolver suas habilidades.

As pessoas autistas de níveis de suporte 1, 2 e 3 precisam de terapias comportamentais intensivas, terapia de integração sensorial, apoio educacional individualizado e especializado, terapia ocupacional, fonoaudiologia, intervenção com profissional de Educação Física e suporte em casa e na comunidade. Em suma, os sinais e os níveis de suportes variam significativamente

de pessoa para pessoa. É uma condição com a qual o indivíduo conviverá vida afora e conseqüentemente a sociedade também. Por apresentar variações de níveis de suporte, alguns deles precisam de auxílio em atividades da vida diária por longos períodos e/ou permanentemente. E, com o suporte adequado, as pessoas autistas podem ter uma vida plena e bem-sucedida.

3. Incidência

De acordo com CDC (Centro de Controle de Prevenção e Doenças), a principal referência mundial sobre prevalência do Transtorno do Espectro Autista, 1 em cada 36 crianças de 8 anos são autistas nos Estados Unidos (aproximadamente 4% dos meninos e 1% das meninas). No Brasil, não temos números da prevalência sobre TEA, mas ao fazermos uma relação desse estudo do CDC com a população brasileira, podemos chegar ao número de 5,95 milhões de pessoas autistas no país.

Principais Comorbidades

As comorbidades referem-se à presença de outras condições médicas e/ou psicológicas que ocorrem com o TEA. Isso significa que uma pessoa autista pode também ter uma ou mais comorbidades. Algumas das comorbidades mais comuns associadas ao TEA:

Transtornos de Saúde

- **Mental:** como depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de ansiedade social;
- **Epilepsia:** é um distúrbio neurológico caracterizado por convulsões recorrentes;
- **Transtornos do Sono:** muitas pessoas autistas têm dificuldades com o sono, incluindo insônia, dificuldades para adormecer ou permanecer dormindo, acordando frequentemente durante a noite;
- **Problemas Gastrointestinais:** como constipação, diarreia, síndrome do intestino irritável (SII) ou alergias alimentares;
- **Transtornos Alimentares:** comer seletivamente ou ter comportamentos alimentares restritivos é comum em pessoas autistas. Isso pode levar a transtornos alimentares, como a seletividade alimentar extrema;

- **Transtornos Sensoriais:** muitas pessoas autistas têm sensibilidades sensoriais, o que pode levar a distúrbios sensoriais, como transtorno do processamento sensorial (TPS);
- **Disfunções Motoras:** um considerável percentual de pessoas autistas apresentam comprometimento motor, como controle motor básico, falta de coordenação motora global, controle postural comprometido, lentidão de respostas motoras, marcha “desajeitada”, hipotonia e dispraxia.

É importante que os profissionais de saúde avaliem as comorbidades em pessoas autistas e forneçam tratamentos adequados para melhorar a saúde e o bem-estar geral. O tratamento pode incluir medicamentos, terapias comportamentais, intervenções nutricionais, terapia ocupacional, fisioterapia e intervenção com o profissional de educação física.



Existem alguns dizeres sobre o autismo. Abaixo, trazemos algumas informações:

- Vacinas não causam Autismo. Essa é uma crença falsa já amplamente desmentida;
- Pessoas autistas que não falam, conseguem entender o que você diz;
- Pessoas Autistas se interessam em manter vínculos com as pessoas;
- Pessoas autistas são empáticas;
- Nem toda pessoa autista tem probabilidade de apresentar fala desorganizada;
- Pessoas autistas não são agressivas;
- Existem mais meninos do que meninas com TEA, porém essas estatísticas vêm mudando recentemente, conforme o entendimento das características do autismo feminino vem evoluindo;
- Por questões sensoriais, algumas pessoas autistas podem ou têm dificuldade em olhar nos olhos;
- Por ser um espectro, pessoas autistas são únicas;
- Pessoas autistas podem e devem ter uma vida independente.

Faixa de Segurança de Intervenção

A Faixa de Segurança de Intervenção em Educação Física no TEA é uma abordagem que visa fornecer atividades físicas adequadas e seguras para pessoas autistas, levando em consideração suas necessidades e habilidades individuais. Portanto, é importante que as atividades sejam adaptadas para evitar sobrecarga sensorial ou comportamental, que podem ser desencadeadas por ruídos altos, iluminação inadequada ou excesso de estímulos.

A Faixa de Segurança de Intervenção é dividida em três níveis de intervenção: mínimo, intermediário e máximo. O nível mínimo é recomendado para pessoas autistas que precisam de máximo suporte, aquelas com habilidades motoras simples e sem muitos estímulos sensoriais. Já o nível intermediário é para pessoas autistas com necessidade de grande suporte, aquelas com habilidades motoras mais complexas, mas que ainda podem apresentar dificuldades com estímulos sensoriais. Por fim, o nível máximo é recomendado para pessoas autistas que necessitam de menor suporte, aquelas que possuem habilidades motoras avançadas e que conseguem lidar com estímulos sensoriais mais complexos.

O profissional de Educação Física deve avaliar cada pessoa autista de forma individual, levando em consideração suas habilidades e necessidades específicas, antes de definir a faixa de segurança adequada para sua intervenção. Esse profissional deve ter treinamento e conhecimento sobre TEA e suas necessidades para fornecer atividades seguras e eficazes.

Esse profissional desempenha um papel significativo ao adaptar atividades físicas e esportivas, levando em consideração as necessidades e habilidades únicas de cada aluno com TEA. Ao entender as particularidades desse transtorno, como os desafios na comunicação social e os padrões restritos e repetitivos de comportamento, o profissional pode criar ambientes inclusivos que permitam a participação ativa e o desenvolvimento integral de todos os alunos. A Faixa de Segurança de Intervenção é uma abordagem importante para garantir que as pessoas autistas tenham acesso a atividades físicas que atendam às suas necessidades e habilidades. Com a abordagem adequada, a Educação Física pode ser uma ferramen-

ta valiosa na promoção do desenvolvimento físico e cognitivo, bem como da inclusão social e bem-estar das pessoas autistas. Em suma, é crucial que o Profissional de Educação Física tenha um conhecimento atual sobre o Transtorno do Espectro do Autista (TEA), suas particularidades e potencialidades para garantir uma abordagem inclusiva social. Ao compreender as características específicas do TEA, esse profissional se torna um agente fundamental na promoção do desenvolvimento físico, social e emocional das pessoas autistas. Além disso, conhecer as potencialida-

des das pessoas autistas é essencial para identificar e incentivar talentos específicos, promovendo a autoestima e a confiança. O Profissional de Educação Física, ao reconhecer e valorizar as habilidades individuais, contribui para o fortalecimento da autoimagem e para a construção de relações sociais positivas. Ou seja, o conhecimento sobre o TEA capacita-o a criar ambientes inclusivos, adaptar práticas e proporcionar experiências enriquecedoras para todos, promovendo assim o desenvolvimento integral e a qualidade de vida das pessoas autistas.



02



CAPÍTULO 02

TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO INTELLECTUAL (TDI)

1. Definição

O Transtorno do Desenvolvimento Intelectual (TDI) também conhecido como Deficiência Intelectual, é uma condição caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo. Ela se manifesta durante o período de desenvolvimento e é caracterizada por um funcionamento intelectual geralmente abaixo da média. As limitações na capacidade intelectual afetam a maneira como uma pessoa compreende, aprende e soluciona problemas. Além disso, as dificuldades no comportamento adaptativo podem incluir habilidades práticas, sociais e conceituais. O TDI tem como CID o código 6A00.

2. Conceitos Básicos

Critérios para Diagnósticos

Conforme o DSM-5-TR e o CID-11, para ser diagnosticado com TDI, um indivíduo deve apresentar os seguintes sintomas:

1. Limitações no funcionamento intelectual:
 - Funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com um Quociente de Inteligência (QI) de aproximadamente 70 ou abaixo disso em um teste de inteligência adequado à idade e às habilidades individuais.
 - O funcionamento intelectual é avaliado considerando as limitações culturais e outros fatores relevantes.
2. Limitações no funcionamento adaptativo:
 - Dificuldades significativas nas habilidades adaptativas em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de

- recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer e segurança.
 - As dificuldades adaptativas devem estar presentes nas atividades cotidianas e serem evidentes nas interações sociais e desempenho funcional.
3. Início durante o período de desenvolvimento:
 - As limitações no funcionamento intelectual e adaptativo devem estar presentes desde os primeiros anos de vida (infância ou adolescência).
 4. Avaliação abrangente:
 - A avaliação diagnóstica deve levar em consideração informações clínicas, histórico do desenvolvimento e desempenho em testes de inteligência e habilidades adaptativas.
 5. Exclusão de outros transtornos:
 - As limitações no funcionamento intelectual não podem ser atribuídas a outras condições médicas ou neurológicas, ou a efeitos de substâncias.

3. Incidência

Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a prevalência de deficiência intelectual é de 38,2 a cada 1.000 para crianças de 5 anos, 31,7 a cada 1.000 para crianças de 6 a 18 anos e 7,9 por 1.000 para adultos, nos Estados Unidos da América (Anderson et al., 2019). No Brasil, da mesma forma o Censo Demográfico de 2020, é de 1,4% da população (Frederico e Laplane, 2020).

Principais Comorbidades

O TDI pode estar associado a várias comorbidades, ou seja, condições de saúde adicionais que coexistem com a deficiência intelectual. Essas comorbidades podem variar em gravidade e apresentação

de um indivíduo para outro. As comorbidades são comuns no TDI e podem afetar a saúde e o bem-estar geral do indivíduo. Alguns exemplos comuns de comorbidades na deficiência intelectual incluem:

1. Transtornos do espectro do autismo (TEA): o TDI pode estar presente em indivíduos com TEA, e muitos indivíduos com deficiência intelectual também exibem características autistas, como dificuldades na comunicação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento.

2. Transtornos do humor: pessoas com TDI podem ter um maior risco de desenvolver transtornos do humor, como depressão e transtorno bipolar.

3. Transtornos de ansiedade: a ansiedade é comum em pessoas com TDI. Isso pode incluir transtornos de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social e fobias específicas.

4. Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): é frequentemente observado em indivíduos com TDI e pode afetar a atenção, o foco e o comportamento.

5. Epilepsia: a epilepsia é mais comum em pessoas com TDI. A presença de convulsões pode impactar o comportamento, a cognição e a qualidade de vida.

É importante ressaltar que cada pessoa com TDI é única, e as comorbidades podem variar consideravelmente. O tratamento e o manejo das comorbidades no TDI devem ser individualizados, com o envolvimento de profissionais de saúde especializados que possam fornecer uma avaliação completa e um plano de tratamento adequado às necessidades específicas de cada indivíduo.

4. Síndromes

• **Síndrome de Down (CID11 - 6D85.9):** entre as características físicas associadas à trissomia do 21 (síndrome de Down) estão: olhos amendoados, maior propensão ao desenvolvimento de algumas doenças e hipotonia muscular. Em geral, as crianças com síndrome de Down são

menores em tamanho e seu desenvolvimento físico, mental e intelectual pode ser mais lento do que o de outras crianças da sua idade. Algumas possíveis alterações são: tireoide, diabetes, alterações ortopédicas como a instabilidade atlantoaxial, frouxidão ligamentar e hipotonia muscular, Cardiopatias, entre outras.

• **Cuidados na Intervenção:** Instabilidade Atlantoaxial (movimento maior que o usual entre a primeira e segunda vértebra da coluna cervical, neste caso, indicamos que não haja movimentos de hiperflexão ou hiperextensão do pescoço, além de evitar esportes como mergulho, ginástica olímpica e esportes de contato, a fim de preservar a região da coluna cervical. Indica-se que a pessoa com instabilidade Atlantoaxial refaça o exame de raio x aos 03 e aos 10 anos).

Cuidados com aumento de frequência cardíaca no caso de presença de cardiopatias, cuidado com possíveis lesões caso haja frouxidão ligamentar, e atenção à presença de diabetes.

• **Síndrome de Prader-Willi (CID 11 - 6D85.Y):** a síndrome de Prader-Willi é uma doença genética causada geralmente pela exclusão de uma parte do cromossomo 15 transmitido pelo pai. Principais Características: Hipotonia, atraso no desenvolvimento motor, hiperfagia (apetite voraz que surge entre os 02 e 08 anos), baixa estatura, obesidade, comportamento de autoflagelação, hipóxia (diminuição da troca gasosa nos pulmões), dentre outros.

• **Cuidados na Intervenção:** os principais cuidados são com relação à hipotonia, no que tange a lesões, à hipóxia a possíveis comorbidades existentes.

• **Síndrome de Apert (CID11 - LD24.G2):** é uma desordem genética que causa desenvolvimento anormal da caixa craniana, podendo apresentar má formação congênita de mãos e pés. Principais Características: Cabeça longa com testa alta, olhos distantes um do outro e esbugalhados, muitas vezes as pálpebras não se fecham apropriadamente, face afundada, limitação no desenvolvimento intelectual (em algumas crianças), apneia do sono obstrutiva, infecções de ouvido e dos sinus recorrentes, perda de audição, fusão anormal dos ossos das mãos e dos pés (mãos ou pés de pato - sindactilia), algumas

crianças com a síndrome também têm problemas cardíacos, gastrointestinais ou no sistema urinário.

• **Cuidados na Intervenção:** por tratar-se de uma condição congênita não progressiva, os cuidados se atentam a possíveis comorbidades restritivas.

• **Síndrome Alcoólico Fetal – SAF (CID11 - LD2F.00):** conjunto de comprometimentos físicos e mentais causados à criança devido à exposição ao álcool durante a gravidez ou período preconcepção. Principais Características: Má formação congênita, hemiface achatada, nariz antevertido, microcefalia, anormalidades estruturais do cérebro, comprometimento motor fino, incoordenação de deambulação, questões comportamentais, comprometimento de interação social.

• **Cuidados na Intervenção:** Por tratar-se de uma condição congênita não progressiva, os cuidados se atentam a possíveis comorbidades restritivas, além de uma atenção a questões sociais decorrentes do comprometimento de interação social.

• **Síndrome de X-Frágil (CID11 – LD55):** é uma desordem ligada ao cromossomo X. É uma condição genética hereditária que provoca deficiência intelectual, má formação congênita, hipotonia, hiperextensão articular e distúrbios do comportamento. Principais Características: Atrasos na fala, ansiedade e comportamento hiperativo, má formação congênita da face, flacidez muscular, comprometimento da coordenação motora.

• **Cuidados na Intervenção:** Por tratar-se de uma condição congênita não progressiva, os cuidados se atentam a possíveis comorbidades restritivas, além de uma atenção a questões sociais decorrentes ao comprometimento de interação social.

• **Síndrome de Willians (CID11 – LD44.70):** caracteriza-se como uma falha ou desordem no cromossomo 7, apresentando ausência de 21 genes do cromossomo mencionado. Principais Características: Baixa estatura, má formação congênita da face, peito escavado, hipotonia, déficit de atenção, atraso no desenvolvimento cognitivo, irritabilidade, excesso de cálcio no sangue, insuficiência cardíaca, entre outros.

• **Cuidados na Intervenção:** O principal cuidado na intervenção é a verificação de possível insuficiência cardíaca, bem como outras comorbidades que possam comprometer a intervenção da atividade física.



Existem alguns dizeres sobre a Deficiência Intelectual. Abaixo, trazemos algumas informações:

- As pessoas com deficiência intelectual são capazes de aprender;
- A deficiência intelectual não é o mesmo que falta de inteligência;
- Pessoas com deficiência intelectual podem e devem, ser independentes e autônomas;
- A deficiência intelectual não é uma doença que pode ser curada;
- Pessoas com deficiência intelectual podem e devem, trabalhar ou contribuir para a sociedade.

Faixa de segurança de intervenção

A faixa de segurança de intervenção na educação física com pessoas com deficiência intelectual pode variar dependendo das necessidades individuais e do seu nível de funcionamento. É importante considerar a orientação de profissionais especializados, como profissionais de Educação Física, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, para determinar a faixa de segurança apropriada.

A intervenção na educação física para pessoas com deficiência intelectual deve ser adaptada para atender às suas necessidades específicas e proporcionar um ambiente seguro e inclusivo. Aqui estão algumas considerações gerais que podem ajudar a estabelecer uma faixa de segurança:

- 1. Avaliação individual:** realizar uma avaliação individualizada é fundamental para entender as habilidades, limitações e necessidades de cada indivíduo com deficiência intelectual. Isso ajudará a determinar a faixa de segurança apropriada para suas capacidades físicas e cognitivas.
- 2. Ambiente seguro:** garantir que o ambiente onde a atividade física será realizada seja seguro e adequado para a pessoa com deficiência intelectual. Remova qualquer objeto ou obstáculo que possa representar riscos de acidentes, como equipamentos perigosos, superfícies escorregadias ou áreas com tráfego intenso.
- 3. Adaptações adequadas:** faça as adaptações necessárias nos exercícios, equipamentos e materiais utilizados, de acordo com as habilidades e limitações da pessoa. Isso pode incluir o

uso de equipamentos adaptados, modificações nas regras do jogo e a presença de apoios ou auxiliares para garantir a segurança.

- 4. Supervisão adequada:** é importante ter uma supervisão adequada durante as atividades físicas para pessoas com deficiência intelectual. Isso pode ser feito por profissionais de Educação Física, assistentes ou outros profissionais treinados, que possam oferecer suporte e intervenção imediata em caso de necessidade.
- 5. Progressão gradual:** a faixa de segurança deve ser estabelecida considerando a capacidade de cada pessoa para se envolver em atividades físicas. É importante começar com exercícios mais simples e aumentar progressivamente a intensidade ou a complexidade, à medida que a pessoa demonstrar habilidades e confiança.





03



CAPÍTULO 03

DEFICIÊNCIA FÍSICA

1. Definição

Deficiência física, segundo a CID-11, é definida como uma alteração completa ou parcial de uma, ou mais partes do corpo, resultando em limitações na função física e na mobilidade. Essas limitações podem envolver a locomoção, coordenação, equilíbrio, manipulação de objetos, atividades de autocuidado e outras funções motoras.

A CID-11 utiliza códigos específicos para classificar diferentes tipos de deficiência física, permitindo um registro sistemático e uniforme para fins de diagnóstico, estatística e pesquisa. É importante lembrar que a deficiência física é uma condição complexa e variada, e cada indivíduo com deficiência física pode ter diferentes graus de limitação e necessidades específicas.

Plegia: ausência de movimento, perda de capacidade de contração muscular voluntária. Sinônimo de paralisia.

Paresia: diminuição de movimento. Origem no grego paresis “relaxamento ou enfraquecimento”.

Paraplegia: perda total das funções motoras dos membros inferiores.

Paraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.

Monoplegia: perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior).

Monoparesia: perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior).

Tetraplegia: perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.

Tetraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.

Triplegia: perda total das funções motoras em três membros.

Triparesia: perda parcial das funções motoras em três membros.

Hemiplegia: perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).

Hemiparesia: perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).

2. Conceitos Básicos

Critérios para Diagnósticos

As deficiências físicas podem ter causas diversas e variadas, e o diagnóstico específico de cada condição é realizado por profissionais de saúde especializados, como médicos, ortopedistas ou neurologistas. O diagnóstico é baseado em uma avaliação clínica completa, que pode incluir exames físicos, testes laboratoriais, imagens diagnósticas e análise do histórico médico do indivíduo.

Embora os critérios para diagnósticos possam variar dependendo da condição específica, seguem alguns exemplos de critérios utilizados em diagnósticos comuns de deficiências físicas:

1. Paralisia cerebral: a paralisia cerebral é uma condição caracterizada por problemas motores e de controle muscular causados por danos ao cérebro em desenvolvimento. O diagnóstico envolve geralmente a presença de anormalidades motoras persistentes que afetam o tônus muscular, a postura e/ou o movimento, que não são devidas a causas musculoesqueléticas ou outras condições específicas.

2. Espinha bífida: a espinha bífida é uma malformação congênita do tubo neural, em que a coluna vertebral não se fecha completamente durante o

desenvolvimento fetal. O diagnóstico é baseado na identificação de uma abertura anormal na coluna vertebral durante o exame físico ou em exames de imagem, como ultrassonografia, ressonância magnética ou radiografia.

3. Amputação: a amputação é a remoção cirúrgica de um membro, ou parte dele. O diagnóstico é estabelecido pela avaliação clínica e exame físico, identificando a ausência ou presença de um membro ou parte dele.

4. Lesão medular: uma lesão medular ocorre quando a medula espinhal é danificada, resultando em perda de função motora e/ou sensorial abaixo do nível da lesão. O diagnóstico é realizado por meio de avaliação clínica, histórico médico e exames de imagem, como ressonância magnética, que revelam a localização e a extensão da lesão.

É importante ressaltar que cada condição específica tem seus próprios critérios diagnósticos definidos por especialistas e órgãos de saúde. Portanto, o diagnóstico preciso de uma deficiência física requer a avaliação individualizada e a experiência de profissionais de saúde qualificados.

3. Incidência

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência das deficiências físicas varia consideravelmente em todo o mundo.

Estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas vivam com alguma forma de deficiência, sendo que aproximadamente 15% da população mundial tem algum tipo de deficiência. A prevalência dessas condições pode variar, mas estima-se que a paralisia cerebral afete cerca de 2 a 3 em cada 1.000 nascidos vivos, enquanto a espinha bífida tem uma prevalência média de 0,5 a 2 casos para cada 1.000 nascidos vivos, dependendo do país. Já a prevalência de amputação é de 1 a 4 indivíduos para cada 1.000 pessoas. E finalmente, para lesão medular a prevalência é de 2 a 20 indivíduos para cada 1.000 pessoas.

Principais Comorbidades

As comorbidades observadas em pessoas com deficiências físicas podem variar dependendo da causa e da natureza específica da deficiência. No entanto, algumas comorbidades comuns associadas às deficiências físicas incluem:

1. Doenças musculoesqueléticas: pessoas com deficiências físicas frequen-



temente enfrentam desafios relacionados ao sistema musculoesquelético, como contraturas musculares, deformidades ósseas, osteoporose e artrite. Essas condições podem ser agravadas pela imobilidade, uso excessivo de certas partes do corpo ou desequilíbrios musculares.

2. Doenças respiratórias: a imobilidade e a limitação da função pulmonar podem aumentar o risco de infecções respiratórias, como pneumonia, atelectasia e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

A fraqueza dos músculos respiratórios também pode levar a dificuldades respiratórias e necessidade de suporte ventilatório.

3. Doenças cardiovasculares: pessoas com deficiências físicas podem ter maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares devido a fatores como falta de atividade física, imobilidade prolongada, obesidade, alterações na composição corporal e efeitos secundários de certas medicações.

4. Transtornos mentais: as deficiências físicas podem impactar a saúde mental e emocional das pessoas, levando a uma maior prevalência de condições como depressão, ansiedade, estresse e baixa autoestima. A adaptação às limitações físicas, as barreiras sociais e a dependência de assistência podem contribuir para esses problemas.

5. Doenças metabólicas e endócrinas: algumas deficiências físicas estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de doenças metabólicas, como obesidade, resistência à insulina, diabetes tipo 2 e dislipidemia. Fatores como a diminuição da atividade física e alterações na composição corporal podem contribuir para essas condições.

6. Doenças gastro vesicointestinais: pessoas com deficiências físicas podem enfrentar desafios relacionados ao sistema gastrointestinal e urinário, como constipação crônica, refluxo gastroesofágico e distúrbios da deglutição devido a problemas de mobilidade, baixa ingestão de fibras ou efeitos colaterais de medicações, bem como infecções urinárias recorrentes relacionadas ao tipo de esvaziamento vesical.

7. Termorregulação ineficaz: alguns indivíduos com lesão medular podem apresentar má relação com a termorregulação causando instabilidade no controle da temperatura corporal.

8. Espasticidade: é um distúrbio do movimento que causa hiperatividade muscular involuntária na presença de paresia central, manifestando-se por aumento do tônus muscular, que se torna mais aparente com movimentos de alongamento mais rápidos.

9. Escaras: também conhecidas por úlcera de pressão ou úlceras de decúbito, as escaras são lesões e feridas na pele que surgem como consequência a uma grande pressão aplicada na pele.

O choque ou contato prolongado com objetos sólidos podem causar uma ferida interna, causada pelo atrito excessivo do músculo com o osso, o que pode evoluir para uma escara.

É importante ressaltar que a presença de comorbidades pode variar de pessoa para pessoa e dependerá da causa, grau e tempo de existência da deficiência física. O gerenciamento adequado das comorbidades em pessoas com deficiências físicas geralmente requer uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais de saúde especializados, como médicos, fisiatras, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, profissionais de educação física e outros profissionais de saúde.

“Estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas vivam com alguma forma de deficiência, sendo que aproximadamente 15% da população mundial tem algum tipo de deficiência.”

Você Sabia?

Existem alguns dizeres sobre a Deficiência Física. Abaixo, trazemos algumas informações:

- Todas as pessoas com deficiência física são capazes de realizar atividades diárias;
- As pessoas com deficiência física não possuem capacidades cognitivas reduzidas;
- As pessoas com deficiência física podem e devem ter relacionamentos amorosos e familiares;
- As pessoas com deficiência física buscam independência e autonomia;
- As pessoas com deficiência física podem e devem trabalhar ou contribuir para a sociedade.

Faixa de segurança de intervenção

A faixa de segurança de intervenção em pessoas com deficiências físicas pode variar dependendo do tipo e da gravidade da deficiência, bem como das necessidades e capacidades individuais. É importante que qualquer intervenção seja personalizada e adaptada às características e condições específicas de cada indivíduo. No entanto, aqui estão algumas considerações gerais sobre a faixa de segurança de intervenção:

1. Avaliação inicial: antes de iniciar qualquer intervenção, é essencial realizar uma avaliação completa das capacidades, habilidades e limitações da pessoa com deficiência física. Isso pode incluir avaliações médicas, fisioterapêuticas, ocupacionais e outras avaliações especializadas. A avaliação ajudará a determinar o nível de funcionalidade atual, identificar áreas de atenção e estabelecer metas realistas.

2. Abordagem gradual: a intervenção deve ser gradual e progressiva, considerando a capacidade do indivíduo de lidar com as demandas físicas e emocionais. Começar com atividades de baixa intensidade e dificuldade, e gradualmente progredir à medida

que a pessoa adquire força, resistência e habilidades motoras. É importante evitar sobrecarregar ou exaurir o indivíduo, especialmente no início do processo.

3. Orientação profissional: as intervenções devem ser conduzidas por profissionais de saúde qualificados e experientes, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física ou outros especialistas em reabilitação. Esses profissionais podem fornecer orientação adequada, ensinar técnicas apropriadas, oferecer suporte emocional e monitorar o progresso do indivíduo ao longo do tempo.



4. Adaptação e acessibilidade: as intervenções devem ser adaptadas para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência física. Isso pode envolver o uso de equipamentos adaptados, modificação de exercícios, utilização de tecnologias assistivas e adaptação do ambiente para garantir a acessibilidade. É importante garantir que as intervenções sejam seguras e adequadas para as capacidades individuais.

5. Monitoramento e ajustes: durante todo o processo de intervenção, é fundamental monitorar regularmente o progresso, realizar avaliações periódicas e fazer ajustes conforme necessário. Isso ajudará a garantir que as intervenções estejam sendo eficazes, seguras e adequadas às necessidades da pessoa com deficiência física, que estão em constante mudança.

É fundamental ressaltar que as intervenções devem ser personalizadas e baseadas nas necessidades individuais de cada pessoa com deficiência física.

“É fundamental ressaltar que as intervenções devem ser personalizadas e baseadas nas necessidades individuais de cada pessoa com deficiência física.”

O trabalho em equipe multidisciplinar e a comunicação aberta entre o indivíduo, os profissionais de saúde e os cuidadores são essenciais para garantir a segurança e eficácia das intervenções realizadas.



04



CAPÍTULO 04

DEFICIÊNCIA VISUAL

1. Definição

Deficiência visual, segundo a CID-11, engloba tanto a cegueira (perda total da visão), quanto a baixa visão (visão parcialmente reduzida) e possui código 2C80.

2. Conceitos Básicos

Critérios para Diagnósticos

Os critérios para diagnósticos da deficiência visual podem variar dependendo do sistema de classificação utilizado. No entanto, de maneira geral, eles consideram a acuidade visual corrigida (melhor visão possível com o uso de óculos ou lentes de contato) e o campo visual. Aqui, estão alguns critérios mais comuns:

1. Cegueira: é geralmente definida como uma acuidade visual corrigida menor que 0,05 (20/400) no melhor olho ou um campo visual menor que 10 graus do ponto central do olho, mesmo com a melhor correção óptica. Essa é a definição de cegueira conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11).

2. Baixa visão: também conhecida como visão subnormal, refere-se a uma visão parcialmente reduzida. Os critérios diagnósticos podem variar, mas geralmente considera-se uma acuidade visual corrigida no melhor olho menor que 0,3 (20/60), mas igual ou maior que 0,05 (20/400), ou um campo visual menor que 20 graus do ponto central do olho com a melhor correção óptica.

É importante destacar que esses critérios são usados para fins de diagnóstico e classificação, mas a experiência e as limitações visuais de cada pessoa podem variar. Além disso, existem outras medidas e avaliações que podem ser utilizadas para fornecer informações mais detalhadas sobre a deficiência visual de um indivíduo, como a sensibilidade ao contraste, a visão de cores e a capacidade de perceber objetos em movimento.

3. Incidência

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência da deficiência visual varia significativamente entre os países e regiões, assim como entre diferentes grupos populacionais. Estima-se que globalmente mais de 2 bilhões de pessoas tenham algum grau de deficiência visual. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 253 milhões de pessoas apresentem deficiência visual moderada a grave, das quais 36 milhões são cegas.

Principais Comorbidades

A deficiência visual pode estar associada a várias comorbidades, ou seja, condições médicas adicionais ocorridas em conjunto com a deficiência visual.

Algumas das principais comorbidades encontradas em pessoas com deficiência visual incluem:

1. Doenças oculares: muitas pessoas com deficiência visual têm uma condição ocular subjacente, como catarata, glaucoma, degeneração macular relacionada



à idade, retinopatia diabética, retinopatia prematura, retinite pigmentosa, entre outras. Essas doenças oculares podem ser a causa primária da deficiência visual ou contribuir para sua progressão.

2. Doenças sistêmicas: algumas condições médicas sistêmicas podem estar associadas à deficiência visual. Por exemplo, a diabetes mellitus pode levar à retinopatia diabética, que pode resultar em perda visual. Além disso, doenças neurológicas, como acidente vascular cerebral, doença de Parkinson, esclerose múltipla e distrofia muscular, também podem causar deficiência visual.

3. Condições genéticas: existem várias condições genéticas que podem causar deficiência visual, como retinose pigmentar, síndrome de Usher, síndrome de Alport, síndrome de Stargardt e síndrome de Down. Essas condições podem resultar em diferentes graus de perda visual ou cegueira desde o nascimento, ou desenvolver-se ao longo do tempo.

4. Complicações psicossociais: a deficiência visual pode ter um impacto significativo no bem-estar psicossocial das pessoas, levando a comorbidades como depressão, ansiedade, isolamento social e baixa autoestima. A adaptação à deficiência visual pode ser um desafio e requer suporte emocional e reabilitação adequada.

5. Outras condições médicas: além das condições mencionadas acima, as pessoas com deficiência visual também podem apresentar outras condições médicas comuns, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, doenças renais, artrite e distúrbios endócrinos.

É importante destacar que nem todas as pessoas com deficiência visual apresentarão comorbidades e que a presença de comorbidades pode variar de acordo com a causa da deficiência visual. O acompanhamento médico adequado, a detecção precoce e o tratamento das condições subjacentes são essenciais para promover a saúde e o bem-estar das pessoas com deficiência visual.



Existem alguns dizeres sobre a Deficiência Visual. Abaixo, trazemos algumas informações:

- As pessoas com deficiência visual não são necessariamente cegas;
- Nem todas as pessoas com deficiência visual precisam usar óculos escuros;
- As pessoas com deficiência visual conseguem ter uma vida independente;
- A deficiência visual não impede que se trilhe caminhos acadêmicos ou profissionais.

Faixa de segurança de intervenção

A faixa de segurança de intervenção na educação física para pessoas com deficiência visual refere-se ao conjunto de medidas e estratégias que devem ser adotadas para garantir a segurança e o benefício máximo da atividade física nesse contexto. É importante considerar as necessidades individuais, o nível de deficiência visual e as habilidades motoras da pessoa para fornecer uma experiência educacional adequada e inclusiva.

Aqui estão algumas considerações importantes sobre a faixa de segurança de intervenção na educação física para pessoas com deficiência visual:

1. Avaliação inicial: é essencial realizar uma avaliação inicial da capacidade funcional, das habilidades motoras e das necessidades individuais da pessoa com deficiência visual antes de iniciar qualquer programa de atividade física. Isso pode envolver a avaliação da acuidade visual, do campo visual, da



coordenação motora, do equilíbrio e de outras habilidades relevantes.

2. Adaptação do ambiente: é importante adaptar o ambiente de educação física para garantir a segurança e a acessibilidade. Isso pode incluir a criação de rotas táteis, o uso de marcações sonoras ou táteis para delimitar espaços, a disponibilização de equipamentos adaptados e a redução de obstáculos ou perigos físicos. Deve-se evitar a mudança de local de objetos e equipamentos. Quando ocorrer mudanças no espaço, a pessoa com deficiência visual deve ser informada e orientada para as novas rotas.

3. Orientação e mobilidade: para pessoas com deficiência visual, a orientação e a mobilidade são aspectos fundamentais da educação física. É importante fornecer treinamento e suporte para o desenvolvimento de habilidades de locomoção segura e independente, incluindo a utilização de bengalas, técnicas de deslocamento e orientação espacial.

4. Instrução adaptada: as estratégias de instrução devem ser adaptadas para atender às necessidades individuais da pessoa com deficiência visual. Isso pode incluir o uso de descrições verbais detalhadas, demonstrações táteis ou auditivas, o fornecimento de informações de forma verbal e tátil, o uso de sinais sonoros ou táteis para orientar e ajustar movimentos, entre outros recursos.

5. Monitoramento e supervisão: durante as atividades físicas, é importante fornecer supervisão adequada e monitorar de perto a segurança e o bem-estar da pessoa com deficiência visual. Isso pode incluir a presença de um profissional de educação física qualificado e de outros profissionais de apoio, se necessário.

A faixa de segurança de intervenção na educação física para pessoas com deficiência visual visa garantir que a atividade física seja inclusiva, segura e proporcione benefícios físicos, psicológicos e sociais. É fundamental trabalhar em colaboração com profissionais de saúde, profissionais de Educação Física, familiares e a própria pessoa com deficiência visual para desenvolver estratégias personalizadas e adequadas às necessidades individuais.

50



CAPÍTULO 05

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

1. Definição

Deficiência auditiva, conforme a CID-11, é classificada como “perda de audição”, categorizada sob o código “ab50”. A deficiência auditiva é caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir sons. Pode ser classificada em diferentes níveis, como leve, moderada, severa e profunda, com base na intensidade da perda auditiva.

2. Conceitos Básicos

Critérios para Diagnósticos

Os critérios para diagnósticos para deficiência auditiva podem variar dependendo das diretrizes clínicas e das classificações utilizadas. Geralmente são considerados os seguintes critérios para o diagnóstico de deficiência auditiva:

1. Avaliação audiológica: uma avaliação audiológica completa é fundamental para diagnosticar a deficiência auditiva. Isso geralmente envolve testes de audição, como audiometria tonal, audiometria vocal, imitanciometria e outros testes específicos. Esses testes medem a capacidade de ouvir sons em diferentes frequências e intensidades.

2. Limiares auditivos: os limiares auditivos são medidas que indicam o grau de perda auditiva em decibéis (dB). Com base nos resultados dos testes audiométricos, a perda auditiva é classificada em diferentes categorias, como leve, moderada, severa ou profunda.

3. Compreensão da fala: além dos limiares auditivos, é importante avaliar a compreensão da fala da pessoa.

Isso pode ser feito por meio de testes de discriminação da fala, em que a pessoa é exposta a palavras ou frases sendo solicitada a repeti-las ou identificar o que foi dito.

4. Impacto na comunicação: o diagnóstico de deficiência auditiva também considera o impacto da perda auditiva na comunicação e na qualidade de vida da pessoa. Isso pode ser avaliado por meio de questionários, entrevistas ou observação clínica.

5. Classificação da deficiência auditiva: com base nos resultados dos testes audiológicos e no impacto na comunicação, a deficiência auditiva pode ser classificada em diferentes categorias, como leve, moderada, severa ou profunda. Essa classificação ajuda a determinar o grau de intervenção e suporte necessário.

É importante ressaltar que o diagnóstico de deficiência auditiva deve ser realizado por profissionais de saúde especializados em audiologia, como audiologistas e otorrinolaringologistas. Eles são os mais qualificados para interpretar os resultados dos testes e fornecer um diagnóstico preciso.

3. Incidência

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência da deficiência auditiva varia em todo o mundo, com estimativas que dependem de fatores como idade, região geográfica, recursos de saúde e métodos de avaliação. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS-2020), estima-se que mais de 5% da população mundial (ou seja, mais de 466 milhões de pessoas) tenha deficiência auditiva incapacitante (perda auditiva de moderada a profunda).





Principais Comorbidades

A deficiência auditiva pode estar associada a várias comorbidades, as quais são condições médicas adicionais que ocorrem simultaneamente à deficiência auditiva. Algumas das comorbidades mais comuns relacionadas à deficiência auditiva incluem:

1. Síndrome de Down: a síndrome de Down é uma condição genética que causa atraso no desenvolvimento físico e cognitivo. Pessoas com síndrome de Down têm uma maior probabilidade de ter deficiência auditiva, geralmente devido a anomalias na estrutura do ouvido interno.

2. Infecções crônicas do ouvido: infecções crônicas do ouvido, como otite média crônica, podem levar a danos no ouvido interno e causar deficiência auditiva.

3. Síndrome de Usher: a síndrome de Usher é uma doença genética que causa deficiência auditiva e perda de visão progressiva ao longo do tempo. É uma condição rara, mas pode ser grave e afetar a qualidade de vida das pessoas atingidas.

4. Síndrome de Alport: a síndrome de Alport é uma doença hereditária que afeta os rins, os olhos e os ouvidos. Pessoas com síndrome de Alport podem desenvolver perda auditiva progressiva ao longo do tempo.

5. Síndrome de Waardenburg: a síndrome de Waardenburg é um distúrbio genético que afeta a pigmentação da pele, do cabelo e dos olhos, além de causar deficiência auditiva congênita.

6. Neurofibromatose tipo 2: a neurofibromatose tipo 2 é uma doença genética que causa o crescimento de tumores benignos nos nervos auditivos. Isso pode levar à perda auditiva gradual e outros problemas neurológicos.

7. Lesões na cabeça ou no ouvido: lesões na cabeça ou no ouvido, resultantes de acidentes, trauma ou exposição a explosões, podem causar danos ao sistema auditivo e levar à deficiência auditiva.

É importante destacar que nem todas as pessoas com deficiência auditiva apresentarão essas comorbi-

dades. A presença de comorbidades pode variar de pessoa para pessoa. O diagnóstico e o tratamento de qualquer comorbidade associada à deficiência auditiva devem ser realizados por profissionais de saúde especializados na área correspondente.



Existem alguns dizeres sobre a Deficiência Auditiva. Abaixo, trazemos algumas informações:

- A deficiência auditiva não é uma condição rara;
- Pessoas com deficiência auditiva podem desfrutar da música;
- Pessoas com deficiência auditiva não necessariamente têm dificuldade de aprendizado;
- A deficiência auditiva não é um limitador de atividades diárias, inserção acadêmica ou profissional.

Faixa de segurança de intervenção

Na educação física, a intervenção para pessoas com deficiência auditiva pode variar dependendo das necessidades individuais e da gravidade da perda auditiva.

Aqui estão algumas considerações gerais para a faixa de intervenção na educação física para pessoas com deficiência auditiva:

1. Comunicação: é essencial garantir uma comunicação eficaz com os alunos com deficiência auditiva. A LIBRAS é nossa segunda língua oficial no Brasil e precisa ser difundida cada vez mais, para diminuição da lacuna de comunicação na sociedade, visando equidade e inclusão. O uso de estratégias de comunicação visual, leitura labial e o uso de recursos visuais, como gestos, expressões faciais e indicações visuais, podem facilitar a compreensão das instruções e facilitar a participação plena nas atividades.

2. Ambiente inclusivo: criar um ambiente inclusivo é fundamental para garantir a participação ativa de alunos com deficiência auditiva. Isso pode incluir a organização do espaço para permitir uma melhor visualização dos colegas, instrutores e materiais, bem como o uso de equipamentos e tecnologias assistivas, quando apropriado.

3. Por mais estranho que possa parecer, existem pessoas com deficiência auditiva que são altamente sensíveis a ruídos com decibéis (dB) elevados. Portanto, o recurso de uso de músicas ou gritos de incentivos têm que ser avaliado caso a caso, quando o trabalho envolver pessoas surdas ou com qualquer nível de deficiência auditiva.

4. Apoio individualizado: alunos com deficiência auditiva podem se beneficiar de apoio individualizado na educação física. Isso pode envolver a designação de um intérprete de língua de sinais, um assistente ou um professor de apoio para garantir que as instruções sejam compreendidas corretamente e que a participação seja facilitada.

5. Adaptações e modificação de atividades: em alguns casos, pode ser necessário fazer adaptações e modificações nas atividades físicas para atender às necessidades dos alunos com deficiência auditiva. Isso pode incluir o uso de sinais visuais adicionais, instruções claras e repetição, bem como o ajuste de regras e formatos de jogos para permitir uma participação plena.

6. Sensibilização e inclusão dos colegas: promover a sensibilização e a inclusão dos colegas de classe é importante para criar um ambiente de apoio e compreensão. A educação sobre a deficiência auditiva e a importância da inclusão pode ajudar a reduzir estigmas e criar uma cultura de respeito e cooperação.

É importante ressaltar que a intervenção na educação física para pessoas com deficiência auditiva deve ser realizada em colaboração com profissionais da área, como profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros especialistas em inclusão educacional. Cada aluno é único, e as estratégias e adaptações devem ser personalizadas para atender às suas necessidades individuais.



06



CAPÍTULO 06

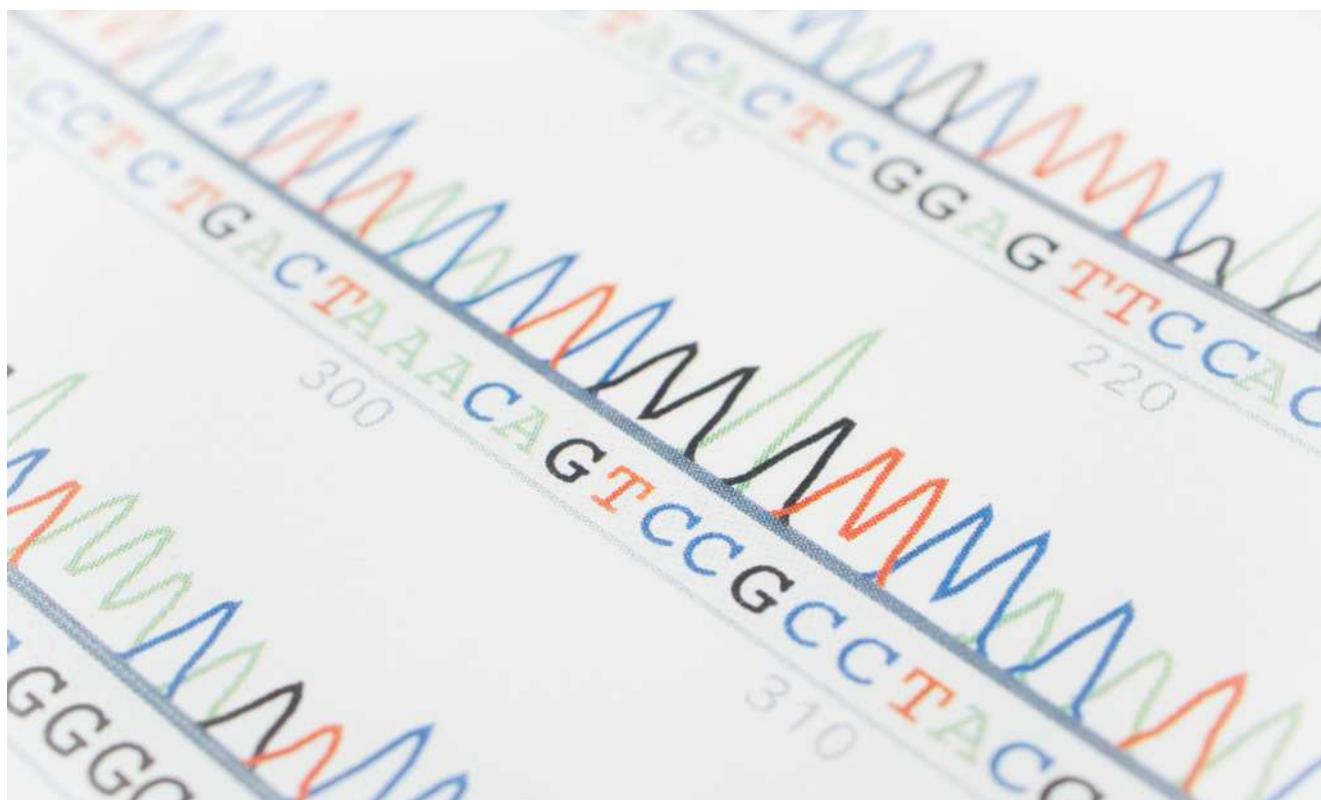
DOENÇAS RARAS

Doenças raras podem ser definidas como aquelas que afetam até 65 pessoas em cada 100 mil, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. São classificadas de acordo com os seguintes fatores: incidência, raridade, gravidade e diversidade. No Brasil, estima-se que cerca de treze milhões de pessoas possuem alguma doença rara.

Algumas doenças raras podem levar o indivíduo a uma deficiência física, visual, auditiva, intelectual ou mental. Isso ocorre quando, por seqüela da doença, o indivíduo adquire como característica uma incapacidade funcional que seja permanente e incurável. Como exemplo, podemos citar uma pessoa com determinada doença rara que a leve

a perder a capacidade de deambular, necessitando usar cadeira de rodas ou de outra ajuda técnica para se locomover. Como essa perda é permanente, ou seja, está presente a todo instante na vida da pessoa e sendo essa incapacidade incurável, podemos afirmar que esse indivíduo, além da doença rara, tem uma deficiência física.

Assim sendo, uma pessoa pode se apresentar ao profissional de educação física como tendo uma doença rara, mas sendo também uma pessoa com deficiência ou vice-versa. Indicamos que o profissional esteja atento para diferenciar entre doença rara e deficiência, e conseqüentemente as características e comorbidades pertinentes a cada uma.



07



CAPÍTULO 07

BOAS PRÁTICAS NA INTERVENÇÃO COM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a quantidade necessária de atividade física que deve ser realizada por indivíduos, para serem considerados fisicamente ativos e, portanto, apresentarem um nível considerado de uma pessoa saudável ou ativa fisicamente, são de pelo menos 300 minutos de atividade física (intensidade moderada) por semana ou atividade física vigorosa equivalente.

Quando falamos de atividades físicas para adultos com deficiências, as recomendações da OMS são que sejam realizadas pelo menos de 150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de moderada intensidade; ou pelo menos de 75 a 150 minutos por semana de atividade física aeróbica de vigorosa intensidade; ou uma combinação equivalente de atividades físicas de moderada e vigorosa intensidade ao longo da semana para obter benefícios substanciais para a saúde. Devem também fazer atividades de fortalecimento muscular com moderada intensidade ou maior que envolvam os principais grupos musculares em 2 ou mais dias da semana, pois esses proporcionam benefícios adicionais à saúde.

Em especial, quando falamos em idosos com deficiências, os mesmos devem fazer atividades físicas variadas com multicomponentes que enfatizem o equilíbrio funcional e o treinamento de força com moderada intensidade ou maior em 3, ou mais dias da semana, para melhorar a capacidade funcional e prevenir quedas.

Já para crianças e adolescentes com deficiências, as recomendações são que sejam realizadas pelo menos

uma média de 60 minutos por dia de atividade física de moderada a vigorosa intensidade, a maioria desta, aeróbica, ao longo da semana. Atividades aeróbicas de vigorosa intensidade, assim como aquelas para fortalecimento neuromuscular, devem ser incorporadas pelo menos 3 dias por semana.

Bom, dessa forma, temos uma série de dicas de atividades físicas, exercícios físicos e atividades esportivas. Vale lembrar que devemos sempre respeitar a vontade/preferência dos indivíduos com relação a determinadas atividades.

Para o início das atividades é importante dividir os exercícios em pequenas tarefas, tornando a condução da aula/atendimento mais viável. À medida que o (a) aluno (a) evoluir, aumenta-se o grau de dificuldade. Atividades simples como rastejar, saltar, correr, equilibrar-se, podem auxiliar o desenvolvimento de habilidades motoras grossas. As atividades que auxiliam na coordenação motora fina incluem movimentos refinados como pintura, colar objetos, tocar instrumentos, desenhar. Atividades lúdicas, por mais simples que sejam, são um caminho natural para as crianças aprenderem novas habilidades. As atividades físicas são ótimas oportunidades para se envolver com os amigos, promovendo a interação social. Assim, como as atividades físicas, jogos esportivos e escolares também têm o mesmo caráter de promover habilidades, comunicação e interação social, como esportes coletivos.

Em adultos, maiores quantidades de comportamento sedentário estão associadas com os seguintes

desfechos negativos à saúde: mortalidade por todas as causas, mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer, incidência de doença cardiovascular, câncer e diabetes tipo 2.

Recomenda-se que adultos com deficiências devam limitar a quantidade do tempo em comportamento sedentário. Substituir o tempo em comportamento sedentário com atividades físicas de qualquer intensidade (inclusive baixa intensidade) proporciona benefícios à saúde.

Para auxiliar a reduzir os efeitos deletérios dos altos níveis de comportamento sedentário sobre a saúde, adultos com deficiências devem ter como objetivo fazer mais do que os níveis recomendados de atividades físicas de moderada a vigorosa intensidade. Já em crianças e adolescentes, maiores quantidades de comportamento sedentário estão associadas com os seguintes desfechos negativos à saúde: aumento da adiposidade, saúde cardiometabólica diminuída, menor aptidão, menor comportamento pró-social e redução da duração do sono. Recomenda-se limitar a quantidade de tempo em comportamento sedentário, particularmente a quantidade de atividades recreativas em frente às telas. Desta forma, citamos abaixo as seguintes recomendações:

- Fazer alguma atividade física é melhor do que estar parado;
- Caso adultos, crianças ou adolescentes com deficiência não alcancem as recomendações de atividade física, qualquer nível de movimento já traz benefícios significativos à saúde;
- Adultos com deficiências devem começar fazendo pequenas quantidades de atividade física e aumentar gradualmente a frequência, intensidade e duração ao longo do tempo;
- Não há maiores riscos para adultos com deficiências se engajarem em atividades físicas quando estas são apropriadas ao atual nível de atividade do indivíduo, condição de saúde e função física; e os benefícios da atividade física são maiores do que os riscos;

Finalizamos este Guia, fortalecendo que nós, Profissionais de Educação Física, estejamos aptos e sempre na busca incessante por conhecimento e atualização profissional, para oferecermos um atendimento otimizado, seguro, equitativo, inclusivo, e de excelência à sociedade.





808

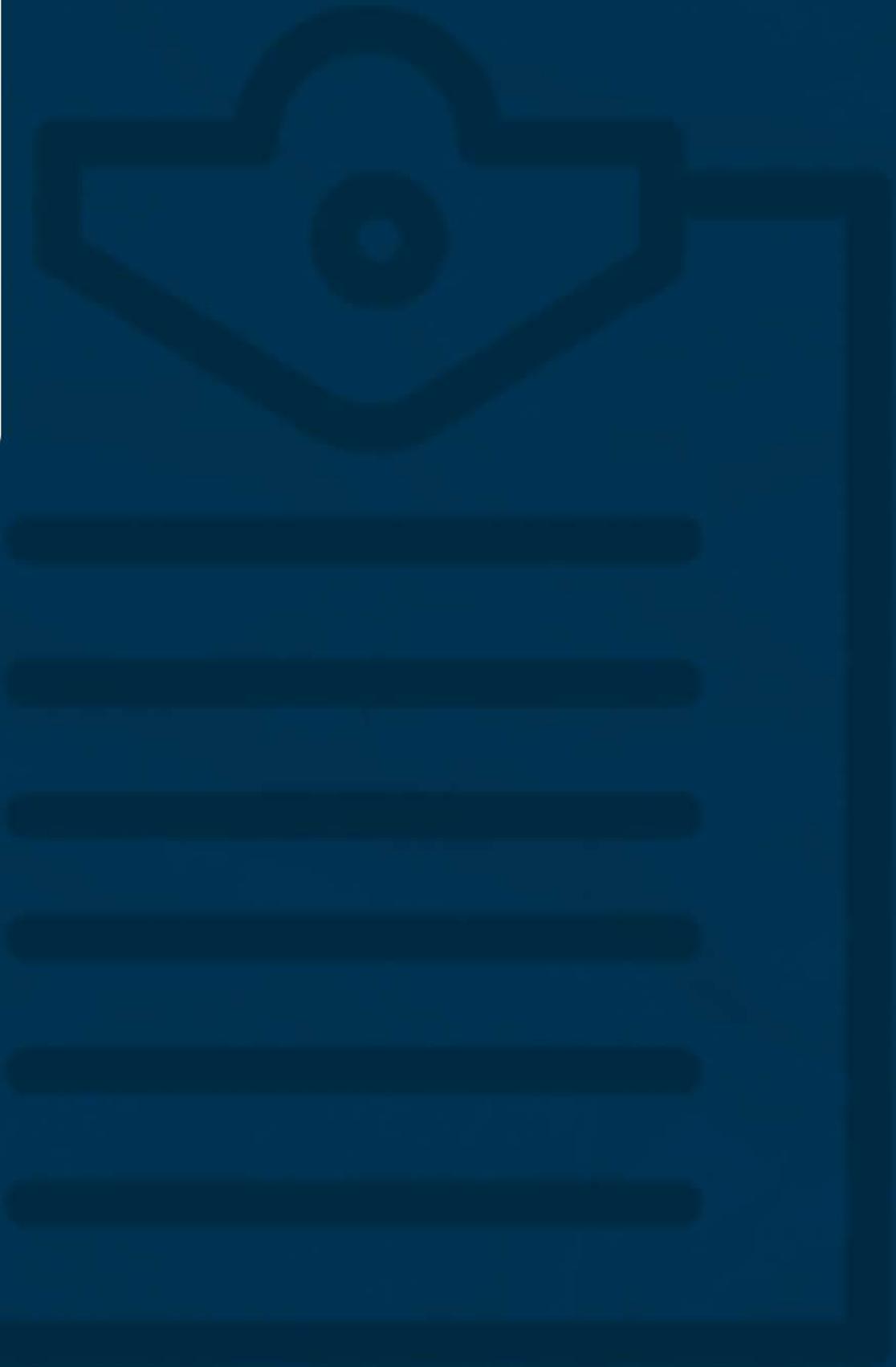


CAPÍTULO 08

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision—DSM-5-TR. American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2022.
2. BORBOREMA, Crislaine Santos; AGUILLERA, Fernanda. Criança com deficiência auditiva e família: desafios e contribuições da Psicologia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 132-137, 2017.
3. CAMARGO, EM de; AÑEZ, C. R. R. Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020.
4. ELLENBERGER, Carl. Visual impairment. *Handbook of Clinical Neurology*, v. 136, p. 887-903, 2016.
5. ICD, WHO. for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019). Im Internet: <https://icd.who.int/browse11/lm/en>, 11.
6. MAENNER, Matthew J. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR. Surveillance Summaries*, v. 72, 2023.
7. O'YOUNG, Bryan; GOSNEY, James; AHN, Chulhyun. The concept and epidemiology of disability. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, v. 30, n. 4, p. 697-707, 2019.
8. SANCHES, Thayse Tayanne Bastos; DA SILVA TAVEIRA, Leonardo. Autismo: uma revisão bibliográfica. *Caderno Intersaberes*, v. 9, n. 18, 2020.
9. SCHLIEMANN, André; ALVES, Maria Luíza Tanure; DUARTE, Edison. Educação Física Inclusiva e Autismo: perspectivas de pais, alunos, professores e seus desafios. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 34, n. Esp., p. 77-86, 2020.
10. VASUDEVAN, Pradeep; SURI, Mohnish. A clinical approach to developmental delay and intellectual disability. *Clinical Medicine*, v. 17, n. 6, p. 558, 2017.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. ICD-11 implementation or transition guide. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Aug 20]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2019.

60



CAPÍTULO 09

ANEXO ANAMNESE

ANAMNESE CEFAI – CREF1

A Câmara de Educação Física Adaptada e Inclusiva do CREF1, através desta anamnese, tem como principal objetivo orientar o Profissional de Educação Física a identificar a deficiência de seu aluno/cliente para uma intervenção de excelência e com segurança.

- * Solicitar o Laudo Médico à Pessoa com Deficiência ou a seu responsável;
- * O CID (Código Internacional de Doenças), presente no Laudo Médico, auxilia na identificação da Deficiência;
- * Após a identificação, orientamos que o Profissional estude e se aprofunde sobre suas características, possíveis comorbidades (doenças ou lesões provenientes da deficiência) e principalmente sobre a segurança da intervenção.

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Data da Anamnese: _____

Sobre a Deficiência

Tipo da deficiência/CID: _____

Realizou alguma cirurgia? Qual o motivo?

Alguma questão de sensibilidade no sistema sensorial identificada pelo próprio (a) ou pelo (a) responsável?

O que a deficiência traz de outros aspectos relevantes (comorbidades): ex: cardiopatia, hipertensão, limitações musculares, escaras de decúbito, osteoporose grave, outros problemas de saúde?

Já apresentou crise convulsiva? Quando foi a última vez?

Faz uso de medicamentos/sondas/próteses/órteses/Andador/Cadeiras de Rodas?

Como são os ciclos sociais? A interação social é funcional?

Faz as atividades do dia a dia com independência ou precisa de algum auxílio?

Já realizou algum tipo de atividade física? Há quanto tempo? Por quanto tempo? Em que Local?

Possui alguma Restrição médica para a Prática de Atividade Física?

Outras observações que o Responsável considere importante citar:

“O conhecimento gera segurança na intervenção”

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA



MINISTÉRIO DO
ESPORTE



Aos Profissionais de Educação Física, familiares de Pessoas com Deficiência e outros profissionais da saúde. Este guia foi pensado com todo carinho, profissionalismo e tecnicidade para oportunizar um atendimento de excelência às Pessoas com Deficiência. Sempre tive o sonho de construir um material acessível e prático para auxiliar os profissionais na abordagem à Pessoa com Deficiência. Ao me tornar Conselheiro do CREF1, percebi que esse sonho poderia se tornar real, e desde então, não medi esforços para que conseguíssemos lançar esse guia, e ele está do jeito que sempre idealizei. Tivemos o cuidado na construção do material, de não criar barreiras ao conhecimento, utilizar uma linguagem simplificada para o material ser efetivamente funcional. Nosso intuito sempre foi auxiliar o profissional que nunca obteve este conhecimento específico, e com acesso ao Guia Prático da Pessoa com Deficiência, se sinta seguro no atendimento. Como sempre digo, o conhecimento gera segurança na intervenção. Desejo que seja uma leitura prazerosa e que contribua cada vez mais para nos sedimentarmos na área da saúde. Preciso fazer um agradecimento “in memoriam” à minha mãe, Sandra Lima Telles, que sempre foi meu porto seguro e sigo cumprindo à promessa feita a ela, de cuidar das pessoas. Agradeço ao meu pai Ubirajara, minha irmã Cristiane e minha esposa Stephanie, que sempre estiveram ao meu lado me dando todo apoio necessário. E homenageio minhas duas filhas, Ana Beatriz e Alice, além de homenagear às mais de 3.000 famílias de Pessoas com Deficiência que tive o privilégio de atender, cada um(a) de vocês estão marcados em minha vida, e me ajudaram a trilhar esse caminho. Agradeço aos parceiros deste Guia por acreditar neste material e entender a importância do mesmo. Sem me estender, enalteço o propósito do CREF1 em lutar por uma sociedade mais empática, respeitosa, equânime e plural. **VAMOS OPORTUNIZAR!!!**

George Telles

CREF 019585G/RJ



MINISTÉRIO DO
ESPORTE

