

# **CADERNO TÉCNICO & CIENTÍFICO**

**Nº 77  
NOV/DEZ  
2010**

**VOLUME  
66**

## **Usando o método Meir Shneider Self-Healing® com paralisias e limitação do Movimento1**

**Páginas 2 a 5**

## **O Design de Iluminação voltado aos idosos**

**Páginas 8 a 11**

## **OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA SEGUEM NA LUTA**

**Páginas 6 e 7**

# Usando o método Meir Shneider Self-Healing® com paralisias e limitação do Movimento<sup>1</sup>

Por Meir Schneider, Beatriz Nascimento, Carol Gallup  
Tradução: Beatriz Nascimento e Susan Collard

Uma americana acamada há oito anos e completamente paralisada devido a um acidente aéreo, tentou encontrar durante vários anos, em vão, um terapeuta que pudesse atendê-la, mas seu caso parecia grave demais para que alguém se aventurasse. Quando Meir Schneider, Ph.D, criador do método Self-Healing® (Autocura) de trabalho corporal, e um fisioterapeuta concordaram em atendê-la, ela ficou tão motivada que passou a fazer em casa um programa de sete horas diárias de trabalho corporal e mental. Na última vez que Schneider esteve com ela, ela já havia recuperado a fala e podia se alimentar sem ajuda; podia se locomover na cadeira de rodas, caminhar curtas distâncias com aparelho, e havia se mudado da casa dos pais para morar independentemente. “Essas pessoas não esmorecem”- disse Schneider. “Muitos técnicos os descartam. Eu tive um médico em um dos meus cursos que disse que ele não aceitaria esse caso, e eu perguntei:” Então para quem você a encaminharia?” A verdade é que, afora o cuidado clínico e uma vez passada a fase de recuperação neurológica espontânea, os métodos de reabilitação convencionais pouco sabem sobre como criar, consolidar e ampliar movimentos em pacientes paralisados. De fato não é tarefa fácil, e nem sempre possível, mas a nossa experiência clínica tem mostrado resultados tão surpreendentes que não só contrariam certos prognósticos fatalistas vigentes como nos estimulam a compartilhar com os leitores esta inovadora abordagem terapêutica.

“Médicos e fisioterapeutas trabalham em geral, com os problemas secundários a essas condições à medida que eles surgem. Para obter resultados significativos eles precisariam, na minha opinião, trabalhar com esses pacientes diariamente, de forma a construir resultados gradativamente. Mas isso não acontece porque não se enquadra no seu modelo de intervenção, geralmente mais drástico, como medicamentos e cirurgias ou aparelhos” afirma Schneider. Pelo menos nos Estados Unidos a fisioterapia só é utilizada nos casos em que poderão ser obtidas melhoras funcionais significativas (única forma de se obter cobertura dos Planos de Saúde) e com um número limitado de sessões, de 30 minutos de duração. Para pessoas como a mencionada acima, grande melhora só será possível com um empenho enorme por parte do terapeuta, da família e da própria pessoa. Mas são certamente possíveis e, quando acontecem, mudam a vida da pessoa. Do ponto de vista do profissional, é preciso que tenha um quadro referencial de tratamento bastante amplo, que incentive a intuição, a criatividade e uma forte consciência corporal para que seja capaz de promover melhoras reais e adiar ou minimizar as terríveis conseqüências das limitações de movimento e paralisias.

Schneider continua: “Pessoas com severa fraqueza ou paralisia tem necessidade premente de trabalho corporal. Elas precisam de alongamento, de uma circulação melhor, e até mesmo uma sacudidela nos ombros causa grande prazer. Nos meus 30 anos de trabalho corporal ajudei centenas de pessoas a superarem paralisias e limitações de movimento; também conheci e soube



de milhares de outras que também obtiveram sucesso. Aprendi que uma das coisas que elas mais necessitam é de um toque sensível. Encontre o toque que lhes seja agradável. Não tenha medo de tocá-las e não assuma que você não os pode ajudar. Você pode ser a pessoa que os devolverá sua disposição e qualidade de vida”.

Eis alguns parâmetros que Schneider e outros terapeutas/educadores do Self-Healing consideram importantes ao se trabalhar com paralisias e limitações de movimento:

## **A dor é um excelente guia.**

Se durante a massagem o seu toque for agradável, não produzir dor, ou reduzir a dor, você está no caminho certo. Há 19 anos atrás, Darlene Cohen, com 35 anos, foi diagnosticada com artrite reumatóide. Pouco depois começou o tratamento com Meir Schneider. Conforme ela descreve em seu livro – “Arthritis – Stop Suffering, Start Moving” (“Artrite, Pare de Sofrer, Comece a Mover”), a dor dela era tão intensa que “eu não suportava ser tocada e me encolhia aos dedos de Meir.” Porque eu não ousava me mexer me recusei a fazer os exercícios que me foram recomendados.. Meu

ACESSE NOSSO SITE:

[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)

corpo se sentia como numa gaiola, denso, pesado e fechado. Sentia contrações em meu peito cada vez que respirava. A prática do Self-Healing trabalha com sensações, pensamentos, percepções e sentimentos que você é capaz de observar a fim de melhorar a sua saúde.(...). Focalizando nas reais sensações do meu corpo, comecei a perceber pequenos movimentos aqui e ali, partes em meu corpo que não estavam paralisados ou dolorosos. Descobri que podia fazer pequenos movimentos com meu peito sem sentir dor e assim pela primeira vez em muitos meses pude começar a respirar com prazer. Essas partes do meu corpo me traziam tanta alegria que se tornou o meu refúgio constante, como um gato que se deita ao sol em seu lugar predileto. Senti que podia movimentar minhas pernas juntas e separadamente quando eu deitava de costas. Sentia prazer nessas pequenas e localizadas partes do meu corpo fossilizado e comecei a expandi-las à outras áreas de movimentos limitados do meu corpo”. Este foi o início da recuperação de Cohen. Ela acabou se tornando uma graduada em Self-Healing e hoje também ensina métodos de recuperação para a artrite e o controle da dor.

### Seja específico no trabalho com cada órgão do corpo



O terapeuta de Self-Healing procura dialogar com cada órgão, sistema ou parte do corpo, buscando o toque e o movimento ótimos para cada um deles e tendo em mente quais órgãos do corpo estão fracos, para tratá-los com mais suavidade e proporcionar-lhes suporte, nutrição e relaxamento e quais estão saudáveis, mas sub ou super utilizados, para relaxá-los e alongá-los e estimulá-los com mais vigor.

A artrite, por exemplo, é uma doença que afeta as articulações. Por isso você deve tocá-las e movimentá-las com muita suavidade, sem peso algum, com dedos leves e maleáveis. Porém se numa mesma pessoa os músculos não estiverem muito atrofiados você pode tocá-los com mais vigor e solicitar respostas ativas mais fortes. No caso de uma crise recente de artrite você precisa evitar forte impacto e fadiga no seu programa de exercícios, tornando-o mais curto e frequente. O descanso nessa fase é fundamental.

Já a distrofia muscular é uma doença que leva à degeneração do músculo, por isso evite fatigá-los em seu programa de exercícios, conscientize seu cliente da necessidade de administrar bem sua energia e toque-os somente com leveza. Ao contrário da artrite, as articulações dos portadores de distrofia não são, a princípio, motivo de preocupação; assim pode-se “jogar” os braços ou as pernas do paciente de uma mão para a outra com movimentos suaves sem criar quaisquer danos às outras partes afetadas.

Já com pessoas com seqüela de pólio você pode trabalhar mais com os músculos mais fracos, mesmo

quando um pouco fadigados, porque a perda foi um incidente isolado, passado, onde o vírus destruiu parte do sistema nervoso que traz o estímulo nervoso da medula espinhal para a parte afetada. Neste caso se está lidando com as conseqüências da doença e é, portanto possível “puxar” mais a pessoa, dentro de certos limites. É também importante relaxar, nutrir, es-

timular e fortalecer os músculos mais fracos para que se crie um uso mais equilibrado do corpo; exatamente o contrário da visão tradicional, que dava por perdida a parte afetada e procurava fortalecer o lado forte. Isso aumenta ainda mais o desequilíbrio entre os dois lados do corpo e é a principal causa dos problemas articulares e mesmo do pós-pólio, que atinge cerca de 25% dos portadores, até 20 a 30 anos depois do primeiro surto.

### Veja se a paralisia é causada pela própria doença ou se é secundária.

“Tive uma cliente que perdeu a força nas panturrilhas devido à esclerose múltipla” lembra Schneider. “Isso em si não impedia que ela caminhasse porque ela compensava esse enfraquecimento sobrecarregando os quadris tanto que acabou precisando usar muletas e mais tarde cadeira de rodas. Ela ganhou maior movimentação quando relaxamos seus quadris através de massagens e movimentos o que não foi muito difícil, já que esta área não havia sido lesada pela doença, mas pela compensação da paciente a ela. “Muitas vezes proponho a meus clientes com pólio um desafio impossível para os músculos da área enfraquecida. Vered, uma das minhas primeiras clientes em Israel, e agora instrutora de Self-Healing, tinha tido pólio”, continuou Schneider. “Quando eu a conheci, ela costumava arrastar a perna esquerda,

fraca, quando caminhava. Trabalhamos nela com afinco, e ela ficou suficientemente forte que conseguia erguer seu pé esquerdo 10 cm do chão. Um ano mais tarde em um curso de formação em São Francisco, pedi que ela colocasse seu pé num banquinho de 20 cm de altura. Ela disse: “Você está louco”.

Mandei que erguesse seu pé até a mesa de massagem. Ela deu risada, mas tentou fazê-lo. Fiz-lhe uma massagem de soltura e “shaking” (sa-

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

culdidas) e pedi-lhe que colocasse o pé no banquinho, e ela conseguiu! Ao tentar fazer algo muito além da sua capacidade no momento, impossível mesmo, ela quebrou a crença que vem da experiência emocionalmente traumática da paralisia — a de que mais movimento é impossível. Mais tarde ela até conseguiu erguer a perna na mesa, e literalmente caiu de costas, atônita. Integrar uma melhora repentina e tão substancial é difícil para qualquer pessoa e requer muito esforço.

A terapeuta Dror Schneider também se lembra de uma situação aonde certa movimentos vão sendo perdidos pelo desuso e não pela doença propriamente dita, sendo importante descobrir movimentos que a pessoa tem, mas não sabe que tem: “eu estava trabalhando com uma criança com paralisia cerebral grave que não apresentava qualquer movimentação voluntária. Após algumas sessões de massagem, nós a levamos a uma piscina aquecida. De repente, ela conseguiu chutar! Você tinha que ver o prazer estampado em seu rosto”.

### **Começar logo é importante**

Tome como exemplo um acidente vascular cerebral. Alguns métodos fisioterápicos deixam o paciente sem tratamento durante o período inicial de flacidez e começam o trabalho durante a o início da fase espástica, o que, na opinião de Schneider, é um erro. Um dia, em um curso em Israel, uma aluna me disse: “Meu marido sofreu, há pouco tempo, um derrame cerebral bastante sério devido a um choque emocional. Os médicos não acham que ele vá sobreviver. Você precisa vir nos ajudar.” Senti muito em ter que lhe dizer que eu estava sobrecarregado e, simplesmente, não podia. Todos nós da turma lhe passamos várias idéias e energia positiva e a mandamos trabalhar com seu marido. Ela começou imediatamente, enquanto ele ainda se encontrava na fase flácida; fez a massagem neuro-

lógica de Auto-Cura (uma mistura de sacudidas suaves e batidinhas que resultam na movimentação rápida e leve do músculo em várias direções) e movimentação passiva, por quatro horas, todos os dias. Inicialmente, ele estava totalmente paralisado no lado afetado. Os médicos disseram que ele permaneceria hospitalizado por cerca de seis meses, mas, claudicante, saiu de lá após duas semanas e veio para nossa aula.

### **Fazer com que o cliente se mova é de importância crucial nos casos de paralisia**

Movimento leva a mais movimento. Massageie, ensine a automassagem ao cliente e faça movimentação passiva antes de pedir movimento ativo e entre cada tentativa do seu cliente. “Às custa de muita massagem, fizemos este paciente de derrame se mover todos os dias” disse Schneider. “Quando um cliente vítima de derrame não consegue abrir sua mão, você pode incentivar a automassagem — leves batidinhas nos dedos e antebraço do lado afetado. Você pode fazer com que ele dobre e estique repetidamente seu cotovelo, e mova em círculos o ombro, depois o cotovelo, pulso e, então, os dedos. Tudo isso amplifica a tremenda estimulação que você está dando à ele com a massagem neurológica do Self-Healing — você faz com que o cérebro e a medula espinhal recebam todo o tipo de feed-back em relação aos movimentos que estão sendo produzidos (utilizando-se para isso também da consciência corporal, respiração e visualização) e que se formem novas conexões nervosas, novos caminhos neurais. Aí você pode pedir um determinado movimento, que representa a função perdida. O tronco e os membros inferiores do paciente citado também foram trabalhados; fizemos com que ele levantasse a perna afetada e pusesse o pé numa cadeira; andasse para trás e para os lados — importantes exercícios de

coordenação — e seu andar melhorou. Pessoas com paralisia ou limitação de movimento, principalmente com problemas no sistema nervoso, necessitam de exercícios de equilíbrio e coordenação motora. Finalmente, nós o motivamos a mover-se de modo diferente, criando um ambiente lúdico: ele tinha de correr atrás dos alunos e tentar beliscá-los. Ele se divertiu bastante com esta brincadeira e tanto sua função manual quanto a marcha melhoraram bastante.

### **Entremeie os movimentos ativos com a visualização**

Imaginar o movimento recém realizado como sendo leve, fácil, amplo e gostoso de fazer é muito poderoso. Schneider não aconselha pedir a um cliente de cadeira de rodas para visualizar-se correndo na praia, pois as duas situações estão muito distantes e a visualização não produzirá o intento em curto prazo e pode causar frustração. Ele prefere fazer com que o cliente visualize um movimento que ele/ela possa fazer, ou que quase possa, tornando-o mais fácil, suave e agradável. Um seu cliente vítima de esclerose múltipla andava como um bêbado, apoiando-se nas paredes e mobília de casa e nos carros na rua. Um dia caiu e quebrou a clavícula. Acamado por duas semanas, ele se visualizava andando bem, com riqueza de detalhes. Ele passou a caminhar bem melhor após a consolidação da fratura.

### **Procure a posição ou ângulo mais apropriado para o movimento**

Quando se trata de criar movimentos um ótimo recurso é colocar o cliente em posições com gravidade reduzida ou eliminada ou mesmo usar a gravidade em favor do movimento. Meir Schneider tem tratado de vários clientes com lesão medular, incapazes de movimento ou sensação na metade

ACESSE NOSSO SITE:

[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)

inferior do corpo e dá a dica: “Posso posicioná-los de bruços, flexionar ao máximo seus joelhos e gritar: ‘Estique sua perna’. A gravidade os está ajudando, assim, tudo que eles precisam é de um pequeno esforço. Esta é uma das maneiras que encontro para criar movimentos que eles não estavam cientes de possuir. Numa situação como esta qualquer desafio deve ser razoavelmente possível de execução. Uma vez que o cliente descubra um novo movimento, deixe-o divertir-se com ele e desenvolvê-lo ao máximo; isto levará a mais movimentos”.

### Um exemplo clínico

Ana Paula Figueiredo, terapeuta ocupacional formada no método Self-Healing®, de São Paulo, trabalhou com um cliente que sofria de um distúrbio no sistema nervoso e apresentava esse conjunto de problemas, bastante comuns — “baixíssima consciência corporal, corpo e mente rígidos e tensos, ausência de relaxamento — o corpo torna-se tão cansado, endurecido, e precisa tanto ser massageado”, disse Figueiredo. “Tenho trabalhado com este cliente há dois meses, e o mais triste disso é que a doença piora todos estes sinais que me parecem ter sido causados por ela, apesar de não poder provar isto”.

A forma como ela trabalhou com este cliente ilustra a maioria dos princípios que temos discutido. “Ele andava como um robô — articulações, músculos, tudo rígido, tenso. Ele é um policial de 56 anos de idade — um trabalho muito estressante, de turnos longos. Há dois anos, ele teve diagnosticada uma ataxia cerebelar - doença cerebral degenerativa, que resulta em uma marcha espasmódica, cambaleante e outros movimentos descoordenados, pois o cerebelo tem papel importante na manutenção da postura, equilíbrio e coordenação motora. Ele não conseguia andar sozinho; quando sua esposa tentava ajudá-lo, ela muitas vezes caía com ele, que era um homem de estatura grande. Ele não podia ficar em pé sozinho, sem cair e, ao

comer, derrubava a comida do garfo ou não conseguia colocá-la na boca. Seu trabalho tornou-se ainda mais estressante — ele não conseguia fazer mais nada. Ele não estava a ponto de perder seu emprego, mas sentia-se tão deprimido com isso que dizia, “Às vezes é melhor morrer”. “Ele melhorou bastante logo nas duas primeiras sessões” disse Figueiredo. “A massagem neurológica de Self-Healing relaxou-o, liberou a tensão muscular, aumentou a circulação, criou uma conscientização corporal e, com a movimentação passiva do pescoço, ombros, cotovelos, quadris, joelhos e pés, uma maior mobilidade das articulações quebrou seu padrão de rigidez, mostrando para o cérebro outras possibilidades. Fizemos alguns exercícios para a coordenação motora, como andar para trás e para os lados. Ele respirava de forma bastante superficial, portanto, trabalhamos a respiração e o fôlego por períodos cada vez mais longos.

“Seus pés pareciam congelados em seus sapatos; ele não gostava de tirá-los para fazer os exercícios”, continuou Figueiredo. “Ele não conseguia mover os dedos. Pés congelados tendem a limitar o movimento do corpo como um todo. Eu sempre presto atenção nisto logo que começo com um novo cliente. Nós fizemos vários movimentos, principalmente circulares, com seus pés e dedos, parando sempre para visualizar leveza e facilidade nas rotações.

“Eu mudei sua consciência de ficar em pé. Quando sentado, eu dava tapinhas leves, circulares, em seu abdome ao redor do umbigo, ensinando-o a sentir seu centro. Eu pedia para que ele fizesse o mesmo com suas coxas e visualizasse a força que elas tinham, que seriam elas, não as costas ou o abdome, as responsáveis por mantê-lo em pé, e pedia que visualizasse a conexão entre seus pés e o chão. Na segunda sessão, ele pôde ficar em pé e andar para frente e para trás sem ajuda. Depois de três sessões, ele recuperou a habilidade de abotoar a camisa e se vestir sozinho”, disse Figueiredo. “Se ele quiser continuar melhorando, vai ter que se libertar

da postura depressiva que vê o corpo como um inimigo que o traiu. Ele terá que fazer o programa de exercícios em casa regularmente - não há como progredir de verdade sem ele - e continuar melhorando seus movimentos e desenvolvendo sua percepção corporal”. Ao que tudo indica, as partes saudáveis do cérebro assumiram algumas das funções perdidas e maiores deteriorações puderam ser evitadas.

Meir Schneider, Ph, D, LMT, terapeuta e educador conhecido internacionalmente, é o criador do método Self-Healing®, autor dos livros “Movimento para Autocura – Self-Healing: Um recurso essencial para a saúde” (Cultrix, SP, 2004) e “Manual de Autocura” (Triom, SP, 1998), e fundador da Escola de Self-Healing, em San Francisco, EUA. Quando adolescente Schneider superou a cegueira causada por catarata congênita e outros problemas sérios de visão e hoje possui carteira de motorista sem restrição.



**Beatriz Ambrósio do Nascimento, MA, OTR**, é terapeuta ocupacional e professora da Escola de Self-Healing®, EUA, desde 1993. Foi professora da Universidade Federal de São Carlos, SP. Beatriz iniciou sua formação no método Meir Schneider em 1989 para trabalhar com sua própria distrofia muscular, obtendo resultados espetaculares. Produziu o DVD “Tratando as Desordens Neuromusculares – Estratégias Essenciais de Autocura” onde ensina passo a passo este método revolucionário de tratamento. Carol Gallup, MA, graduada no método Self-Healing, defendeu dissertação de mestrado na San Francisco State University, EUA, sobre uso do método Self-Healing® com distrofia muscular. Susan Collard é massoterapeuta em São Paulo e está em formação no método Meir Schneider. Para mais informações sobre o método e como adquirir o DVD entre em contato com Beatriz A. Nascimento, [bian2@uol.com.br](mailto:bian2@uol.com.br). Visite o site da Associação Brasileira de Self-Healing: [www.self-healing.org.br](http://www.self-healing.org.br)

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

# OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA SEGUEM NA LUTA

\*por Aquiles Ferraz Nunes

Conquistas não acontecem por acaso. Resultam de lutas, às vezes de uma única pessoa, outras vezes da coletividade. Pois bem, a luta dos portadores de deficiência tem o apoio de diversas organizações por todo o mundo. Todas interagem para a construção de uma sociedade mais justa.

Lá pela década de 1960, surgiu nos Estados Unidos, liderado por Ed Roberts, o primeiro movimento pelos direitos das pessoas com deficiência consideradas ineligiáveis para o trabalho. Ficou conhecido como “Os Tetra Rolantes”.

Já na década de 1970, a Organização das Nações Unidas (ONU) proclamou a Declaração de Direitos do Deficiente Mental (Resolução 3.447). A pessoa com deficiência mental deveria gozar, no máximo grau possível, dos mesmos direitos dos demais seres humanos.

Em 1981, A ONU comemorou o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, um embrião para a construção de uma sociedade inclusiva. Declarou também, de 1983 a 1992, como sendo a Década das Nações Unidas para as pessoas com Deficiência, como meio para a execução do Programa de Ação Mundial. E em 1999 foi aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas com Deficiência.

No Brasil, ainda no final da década de 1970, os serviços governamentais de reabilitação, até então restritos aos indivíduos segurados pelo INPS, foram estendidos para pessoas necessitadas não-seguradas. A Emenda Constitucional nº 12 introduziu um novo paradigma de integração da pessoa com deficiência.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 trouxe garantias que visavam à integração social das pessoas com deficiência: de acesso e locomoção, com eliminação das barreiras arquitetônicas; de atendimento educacional e de saúde especializados; integração social; de admissão em cargos públicos; de benefício mensal àqueles que não possuísem, por si ou por sua família, meios de prover a própria manutenção; e de proibição de discriminação quanto a salário e critérios para admissão do trabalhador com deficiência.

Destaca-se ainda, no âmbito federal, a lei nº 7.853/89, regulamentada pelo decreto nº 3.298/99, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, determinando o atendimento prioritário e adequado nas áreas da educação, saúde, formação profissional e do trabalho, recursos humanos e edificações.

Anualmente, comemoramos a nível municipal e estadual, em 21 de setembro, o “Dia de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência”, porém esta jornada está longe de acabar.

Nesse início de século XXI, metade das crianças que nasceu no país ainda não teve acesso, pela saúde pública, a todos os exames preventivos neonatais essenciais para reduzir a incidência de muitas deficiências. Ainda se trabalha pouco com as causas e muito com as consequências. Diante das dificuldades do Estado e dos movimentos sociais na prevenção efetiva das deficiências, por meio principalmente de um melhor acompanhamento das mães no período pré-natal, movimentos de voluntários fazem esse papel.

Nos países em desenvolvimento, menos de 1% das crianças com necessidades especiais estão incluídas. No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico 2000 do IBGE, apenas 7,2% das pessoas com deficiência são alfabetizadas contra 84,3% da população. Enquanto na população sem deficiência apenas 22,87% não possui

nenhuma instrução ou até três anos de instrução, entre as pessoas com deficiência esse percentual atinge 48,77%.

Há falta de vagas para as pessoas com deficiência nos estabelecimentos de ensino. As habilidades requeridas para responder às necessidades educacionais especiais são levadas em consideração durante a avaliação dos estudos e da graduação de professores, porém de forma inadequada e insuficiente.

Deficiência não é sinônimo de doença. Deficiência não é contagiosa. Pessoas com deficiência têm, sim, necessidades específicas na área de saúde.

As pessoas com deficiência têm direito a atendimento médico, psicológico e funcional, incluindo próteses, e à reabilitação médica e social. Na atualidade, existem dificuldades quando se recorre à rede hospitalar pública, considerando que Reabilitação dos portadores de deficiência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não contempla um atendimento adequado e tampouco oferece internação para o tratamento. Historicamente, a atenção à saúde da população com deficiência depende da iniciativa de entidades filantrópicas (particulares), que acabam por desempenhar um “papel público”, mas com pouco ou nenhum reconhecimento na parceria governamental e sem o necessário apoio financeiro.

Esforços especiais precisam ser feitos para promover o acesso de pessoas com deficiência ao emprego, preferivelmente no mercado competitivo de trabalho. Isso requer uma ativa mobilização, não apenas de defensores da inclusão social, mas também das autoridades públicas e da iniciativa privada.

O emprego de pessoas com deficiência é persistentemente baixo em todo o mundo. Parece uma verdade sem exceção: independentemente do sistema de cotas, políticas preferenciais, legislação ou incentivos econômicos. Existem ca-

ACESSE NOSSO SITE:

[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)

tos em que tem mais vagas do que candidatas com deficiência. Não há portadores de deficiência capacitados, devido à falta de preparo das escolas para lidar com suas demandas e também pela falta de apoio das empresas em prepará-los para as oportunidades de vagas que oferecem.

As pessoas com deficiência enfrentam barreiras psicológicas, sociais, morais e religiosas, bem como barreiras físicas e materiais.

As pessoas com deficiência precisam do apoio empresarial e do governo para capacitação, confiança, ambientes sem barreiras e oportunidades no seio da sociedade. A transformação necessária para a inclusão social das pessoas com deficiência não depende apenas de ações pontuais, específicas e momentâneas. É preciso continuidade no desenvolvimento de políticas públicas articuladas de forma a contemplar todas as dimensões da vida dessas pessoas. Além de ter em vista educação, saúde, assistência, trabalho, cultura, transporte e lazer, trata-se também de uma questão de cidadania.

O marcante da data de 21 de setembro é por um reconhecimento de participação plena dos portadores de deficiência, por igualdade e o fim da exclusão.

A luta em prol dos portadores de deficiência continua.



\* **Aquiles Ferraz Nunes** é Superintendente Executivo da ABBR (Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação), Economista com Pós-Graduação em Administração Financeira/FGV-RJ e MBA em Gestão Empresarial/FGV-RJ.

## IMPLICAÇÕES DA DEFICIÊNCIA NOS CONTEXTOS FAMILIAR E SOCIAL

\*por Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado

Não é de hoje que percebo atmosfera de ansiedade com forte teor de preocupação que domina o cotidiano da maioria das mães, inclusive a minha, e olha que já passei dos 58 anos, sobre o que o futuro reserva para seus filhos com deficiência. Cuidadoras em tempo integral e guerreiras (in) substituíveis, essas mulheres, embora desgastadas pelo absoluto fazer e pensar na prole, apresentam-se aparentemente incansáveis e absolutamente determinadas no agir para cuidar do suprimento das necessidades físico-sensoriais, funcionais, emocionais, mentais e existenciais, de seus filhos.

Aquele tipo de criatura que se esconde para chorar, só para que seu filho deficiente não flagre a exposição da sua face frágil e capaz de extravasar emoções contidas.

Tenho procurado ajudar muitas dessas mulheres, nos momentos em que procuram por orientação e apoio na Secretaria do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Três Rios, Rio de Janeiro. São mães de crianças e jovens com lesão cerebral, com síndrome de Down, surdas, cegas, com deficiência física, entre outros acometimentos que envolvam alterações funcionais e sensoriais. Trazem histórias singulares, porém, convergem para o mesmo núcleo: Quem assumirá o meu papel quando eu não estiver mais aqui? Por que não existe política pública para a criação de instituições para abrigar pessoas com deficiência, após a morte de seus pais? Eles vão ficar onde? O que a Secretaria do Idoso e da PcD tem feito nesse campo e o que se pode oferecer às famílias nesse aspecto?

Argumentam que não compreendem o fato de existirem tantos investimentos do setor público e privado, balizados no atendimento de outros segmentos da sociedade, em contrapartida inexistem iniciativas para criar unidades de longa permanência para pessoas com deficiência. Uma delas me falou: “Estou tão cansada com tudo isso e muito preocupada. Já não sou mais a mesma. Cuidar dele (adulto com lesão cerebral) o tempo todo, há 32 anos... Quem vai cuidar dele quando eu morrer”? Com simples palavras descortinam perversas lacunas a serem preenchidas no contexto da sociedade contemporânea, a partir do momento em que se invista para a criação de espaços institucionais dignos para atender a pessoas com deficiência em tempo integral.

Instituições que se prestem também a cuidar e assistir essas mulheres, dando-lhes suporte psicológico, atendimento aos problemas físico decorrentes do excesso de peso que tiveram de assumir para não deixar seus filhos sem cuidados de higiene e conforto, além de longas caminhadas com eles em seus colos de um lado para outro, entrando e saindo dos ônibus, etc. Isso não significa deixar de cuidar dos filhos com deficiência, mas oferecer oportunidade para que elas também se cuidem e participem como voluntárias nessas instituições. “Gostaria de deixar claro que não pretendo abandonar meu filho na instituição, ao contrário disso, pretendo participar de tudo lá, cuidar deles, cozinhar, passar, aprender... Só que ficaria mais tranqüila para morrer, quando chegasse a minha hora”.

Desabafos de mães. Dúvidas comuns a tantas famílias e pessoas com deficiência, que precisam ser eliminadas a partir de uma mudança de paradigma, de olhar, e, sobretudo na forma convencional de se priorizar políticas e ações públicas. Penso que é chegada hora de rever conceitos, métodos e fórmulas pré-estabelecidas, dando margem para o emergir de espaços participativos, oportunidades para nos coadunar melhor com a sintonia da realidade.

Bom princípio poderia ser gerado com a criação do Fundo Nacional da Pessoa com Deficiência. A exemplo do já conquistado por outros segmentos da sociedade brasileira, a criação do Fundo Nacional trará como consequência natural possibilidades para se criarem os fundos Estaduais e Municipais, dando ao gestor público nas três esferas de governo maiores oportunidades de instituir programas e projetos que visem o atendimento mais amplo das necessidades das pessoas com deficiência.

**Prof. Dr. Wiliam César Alves Machado**

Secretário do Idoso e da Pessoa com Deficiência de Três Rios - RJ.

[www.planetavidatresrios.blogspot.com](http://www.planetavidatresrios.blogspot.com)

[www.centrodiaparaidosos.blogspot.com](http://www.centrodiaparaidosos.blogspot.com)

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

# O Design de Iluminação voltado aos idosos

\*por Ana Cristina Lott Daré

Desde o final do Séc. XX e o início do Séc. XXI que o crescimento e a estrutura da população tem sido determinada pelo rompimento do equilíbrio entre a fecundidade e a mortalidade. O envelhecimento demográfico tem tido um efeito duradouro e profundo sobre as estruturas da população e, conseqüentemente, num aumento das demandas sócio-econômicas e um questionamento do atual modelo de previdência social.

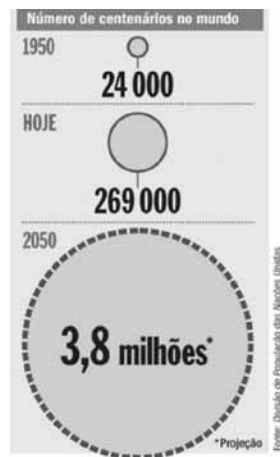
Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população já está numa fase avançada comparada com os países em desenvolvimento, onde a idade da população é, em média, mais jovem, mas ainda assim muito envelhecida (FEDDERSEN; LUDTKE, 2009).

O envelhecimento demográfico será mais sentido nas sociedades desenvolvidas europeias, quando as gerações numerosas do Baby Boom do pós-guerra atingirem, em 2011, a idade da reforma. Nesse momento, haverá um aumento dos efectivos de pessoas idosas, desproporcionado com as gerações posteriores, que entram em menor número na idade activa (DARÉ, 2008).

Há que se referir que dentro deste grupo se observa, também, uma mudança na sua estrutura etária. O grupo de indivíduos com 75 ou mais anos, tem apresentado taxas superiores de crescimento em relação ao grupo de 65 ou mais anos. Enquanto que o grupo de 85 ou mais anos, apresenta um ritmo de crescimento bem mais acentuado, retratando um envelhecimento da própria população idosa (DARÉ, 2008).

*Ilustração 1 – A evolução do número*

*mundial de centenários nos últimos 58 anos e sua projeção para 2050*



(Fonte: VENTUROLI, 2009)

A questão relativa ao envelhecimento pode ser analisada sob duas perspectivas: A perspectiva da individualidade, onde o envelhecimento está assente numa maior longevidade dos indivíduos, conseqüência de um aumento da esperança média de vida e pela perspectiva demográfica, definida pelo aumento de pessoas idosas na população total. Esse aumento da população idosa é conseguido em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população activa (Daré, 2010).

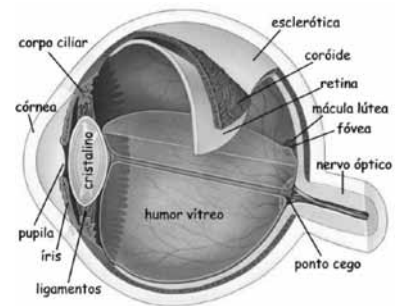
## Visão, percepção e o ciclo circadiano

A visão é uma parte do sistema visual, que tem no olho o órgão receptor da luz, não sendo este, no entanto, o responsável pelo processamento das imagens no cérebro. Nesse sistema, o olho e o cérebro estão continuamente a processar informações até que estas

atingam a percepção pelos indivíduos. Através dos olhos, entra-se num mundo de cores, texturas, formas e movimento (Brandston, 2010).

A estrutura e o processamento do olho são complexas: ajustam constantemente a quantidade de luz que deixa entrar; foca os objectos próximos e distantes; gera imagens contínuas que instantaneamente são transmitidas ao cérebro (Mendes, 2009).

*Ilustração 2 – Estrutura do olho*



(Fonte: <http://www.gruporetina.org.br/olho.htm>)

O sistema visual utiliza muito mais fontes de informação do que as que são processadas pelo olho, incluindo o conhecimento acumulado por experiência prévias e usualmente relacionadas aos outros sentidos: tacto, paladar, olfacto e audição (Brandston, 2010).

No processo de envelhecimento, a visão é especialmente sensível, por ser um órgão que é afetado de todas as suas formas – internas e externas, por estar exposto à luz, vento, poeira, produtos e situações diversas, inclusive por doenças do próprio organismo. Há uma perda da elasticidade do cristalino, reduzindo o poder de acomodação e, como conseqüência, há uma

ACESSE NOSSO SITE:

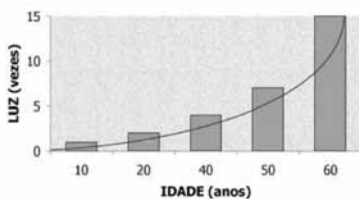
[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)



diminuição da capacidade do olho de focalizar ao perto – Presbiopia – havendo a necessidade de um maior grau de iluminância nos ambientes com o intuito de se prevenir a fadiga visual (Fontaine, 2000).

Com a idade ocorre uma redução na acuidade visual, na velocidade de percepção e um aumento no tempo necessário à adaptação, principalmente na passagem de um ambiente mais claro para um mais escuro. Há, também, uma diminuição na habilidade de perceber movimentos no campo visual periférico e uma diminuição na resistência à perturbação por ofuscamento ou contrastes excessivos.

*Tabela 1 – A partir dos 60 anos, o olho humano começa a apresentar diferenças que crescem de forma exponencial*



(Fonte: Costa, 2005)

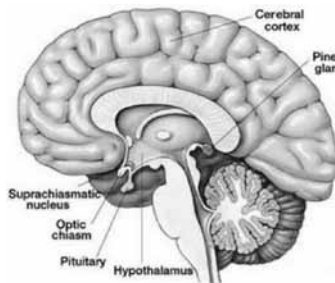
Verifica-se igualmente uma diminuição da capacidade de reconhecimento das cores, devido ao amarelamento do cristalino, sendo esta perda mais significativa nas gamas dos verdes, azuis e violetas do espectro visível. Essa realidade está relacionada com os factores ambientais, como a exposição excessiva aos raios ultravioleta, que têm no sol a sua maior fonte, contribuindo para a formação das cataratas, do DMI – Degeneração Macular relacionada com a idade, ou com outros factores genéticos (Rocha, 2004).

Um factor importante relacionado com o sentido da visão é a produção do hormônio denominado melatonina, que está relacionado com o sistema de rede interna referenciado por um relógio biológico, que coordena as funções corporais dentro de um círculo de 24 horas, obedecendo a um ritmo

diário de luz e escuridão, denominado de ritmo circadiano. O propósito do ciclo circadiano é manter o corpo em estado de alerta durante o dia – permitido pela diminuição da produção deste hormônio – e contribuir para a promoção de um estado de relaxamento durante a noite – pelo aumento da sua produção – o que permite uma sincronização harmoniosa com o ambiente exterior.

A melatonina é a responsável pelo fortalecimento do sistema imunológico no ser humano, sendo o hormônio regulador dos ritmos biológicos e a protecção das células contra os danos causados pelos radicais livres, salientando-se como uma das melhores defesas contra os distúrbios inerentes ao envelhecimento.

*Ilustração 3 – Localização da Glândula Pineal*



(Fonte: [http://www.entrementes.com.br/files/img\\_cont/pineal\\_5303.jpg](http://www.entrementes.com.br/files/img_cont/pineal_5303.jpg))

Para os idosos, a iluminação é um factor necessário para a manutenção dos ritmos circadianos, visto que esses indivíduos vivem uma vida mais sedentária, sendo menos expostos aos raios solares. A iluminação muitas vezes não é suficiente para activação do relógio biológico, devido a diminuição da quantidade de luz que atinge a retina, devido ao decréscimo do diâmetro da pupila no processo de envelhecimento (Casarin, 2010).

O que cada um de nós vê não é simplesmente o resultado de um processo mecânico, mas aquela coisa embutida em nosso cérebro, aquela visão que a nossa mente constrói, traçada a partir

de um registro da memória, de uma sensação vivida, de um aroma detectado – isso é complexo, algumas vezes indefinível, mas que traduz o que vemos. Um sistema abrangente, formado por componentes fisiológicos, psicológicos e emocionais, que alimenta a percepção. (Brandston, 2010)

A percepção consiste numa busca dinâmica para uma melhor interpretação dos dados disponíveis, constituídos de informação sensorial e do conhecimento de outras características da observação do design dos ambientes, isto é, aprender a ver e não apenas a olhar, sendo que a percepção e o raciocínio não são independentes (Brandston, 2010).

O estímulo está relacionado com experiência individual, subjetiva. Há uma inevitável divergência, atribuída às imperfeições da mente humana, entre o mundo como ele é e o mundo como ele percebe apud (Brandston, 2010:11).

A resposta emocional a esse estímulo é definida pela cultura, sendo que este aspecto está sujeito a influências do meio, das pessoas e dos climas que afectam as preferências e os sentimentos.

Há uma importante distinção entre o acto físico de ver e o acto mais emocional e intelectual de perceber. Enquanto o ver está associado ao sentido biológico, ao órgão da visão, o perceber é menos tangível, pois o seu desenvolvimento depende da experiência do espaço. A percepção é definida como a experimentação pela mente e pelos sentidos... é o tomar consciência pela visão, audição ou outro sentido (Phillips, 2000).

Aprender a ver tem uma forte componente subjectiva, é a resposta emocional que completa e que resiste a sua recompensa – a auto-confiança (Brandston, 2010).

### **Uma boa iluminação para toda a vida**

As características da iluminação, no sentido da produção de um melhor desempenho visual, são a quantida-

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

de de luz, o espectro e distribuição espacial da luz. A tecnologia da iluminação não é apenas uma ciência quantitativa, definida através dos valores de quantidade de luz, mas sim essencialmente como uma expressão dos valores da qualidade de luz, do pensar a iluminação como um verdadeiro meio de informação, de um input sensorial percebido do ambiente físico (MUGA, 2006).

O foco do design de iluminação não deve se limitar apenas na escolha das lâmpadas e luminárias, mas nas necessidades e capacidades de seus utilizadores. Essas necessidades não devem ter como base apenas os fatores biológicos, mas também os psicológicos e os sociais, não havendo a possibilidade da ruptura desses três fatores, o que pode levar ao risco de um condicionamento dos comportamentos e a impossibilidade de realização das suas aspirações (IESNA, 2010).

*Ilustração 4 – Durante o dia, a o ideal é a utilização da iluminação natural*



(Foto de Ana Cristina Daré)

Deve-se levar em consideração alguns aspectos em relação a iluminação nos ambientes domésticos, tais como a percepção do espaço, dos percursos, da cor, propiciando dessa forma uma melhoria na inter relação desses indivíduos com a habitação, e na promoção da melhoria na execução das AVD's1 e AIVD's2, isto é, com base nas tarefas, e não com base nos ambientes (IESNA, 2010).

A cor deve ser utilizada como componente de projeto, auxiliando na orientação dos percursos dentro da habitação, na identificação dos ambientes e nos limites dos planos que constroem os espaços, possibilitado,

dessa forma, numa melhoria do desempenho visual.

*Ilustração 5 – Identificação pelo sistema de cores das carpetes nos percursos na Strathclyde House, Escócia*



(Fotos de Bya Lott)

Grande parte deste conselho pode ser resumido em um algumas orientações, a saber:

Uma boa reprodução da cor depende das características da fonte de luz e da reflexão do objeto. Esses dois fatores permitem uma percepção das cores pelos utilizadores;

Use luminárias que não fornecem uma visão direta da fonte de luz, mas sim através da reflexão especular;

*Ilustração 6 – Luminária*



(Fonte: [http://4.bp.blogspot.com/\\_qSPVkJUdeLg/S\\_GMWBGEnI/AAAAA-AAAAM/fVZICtrN6gk/s1600/pablo\\_print.jpg](http://4.bp.blogspot.com/_qSPVkJUdeLg/S_GMWBGEnI/AAAAA-AAAAM/fVZICtrN6gk/s1600/pablo_print.jpg))

Apontar para uma distribuição uniforme, sem iluminação sombras fortes (BOYCE, 2003);

O design de iluminação deve considerar a iluminação direta e indireta. A iluminação indireta suaviza as sombras e propicia um maior relaxamento aos utilizadores dos espaços (IESNA, 2010);

Prever uma mudança gradual na iluminação de um ambiente para outro;

As tomadas elétricas devem ser colocadas numa cota superior para facilitar aos alcances pelos idosos;

*Ilustração 7 – Localização e cota de tomada*

(Foto Ana Cristina Daré)



Utilizar sensor de movimento no corredor para o banheiro, que permite a identificação do percurso com maior segurança (Figueiro, 2001);

*Ilustração 8 – Sensor de movimento no corredor de acesso ao banheiro*

(foto Ana Cristina Daré)



As tarefas desenvolvidas nas cozinhas são a preparação e cocção dos alimentos; leitura e compreensão das receitas; e o controlo do cozimento. Uma boa qualidade lumínica irá valorizar a textura e a cor, tornando os alimentos mais apetitosos, como também facilitando a execução das tarefas (IESNA, 2010);

Deverá ser aplicada iluminação na parte inferior nos armários superiores, permitindo luz nas bancadas (Figueiro, 2001);

*Ilustração 9 – Iluminação numa cozinha, Escócia*



(Fotos Ana Cristina Daré)

Utilizar luminária de braço para ler na cama por cima da cabeça de sua cama ou próxima a zona de leitura, sendo que deverá estar situada abaixo do nível dos olhos (Figueiro, 2001);

*Ilustração 10 – iluminação artificial a ser aplicada na zona de leitura*



(Fonte: [http://2.bp.blogspot.com/\\_](http://2.bp.blogspot.com/_)

ACESSE NOSSO SITE:

[www.revistareacao.com](http://www.revistareacao.com)

*qSPVkJUdeLg/S\_GMVMEWLDI/AAAAAA-  
AAAV0/sPHexuI5A8A/s1600/pensjon.jpg*

Evite luminárias localizadas diretamente sobre a cabeça. Estes jogos fazem sombras no rosto para que a sua é difícil de aplicar maquiagem ou barbear-se;



*Ilustração 11 –  
iluminação sobre a  
bancada do banheiro  
(foto Ana Cristina  
Daré)*

Na zona de estar, deve-se aplicar uma iluminação que se espalhe um pouco de luz sobre grandes áreas do teto e paredes. Uma luminária de piso que lança luz para cima é uma boa escolha (Figueiro, 2001).

*Ilustração 12 – Iluminação da zona  
de estar*



*(Foto Ana Cristina Daré)*

A importância da iluminação – artificial e natural – vai muito além de fazer o idoso enxergar melhor (Novaes, 2010). O design da iluminação pode aumentar a independência desses indivíduos, sendo que a sua inadequação, pode vir a prejudicar a percepção visual, criando condições perigosas que impedem a mobilidade e prejudicam o equilíbrio.

As questões relativas ao envelhecimento devem ser entendidas como um fenômeno da sociedade contemporânea e não apenas pertencente aos idosos, não significando, dessa forma, que as soluções propostas para esses indivíduos seja aplicável a sua totalidade ou mesmo aos mais jovens, mas

sim dependentes das necessidades específicas e diferenciadas de cada um (Novaes, 2010).

Compreender as funções físicas, fisiológicas e as características do sistema visual, é importante para que se possa prever o comportamento humano (Lima, 2010).

O reconhecimento do significado da luz deve ser uma constante no desenvolvimento dos projectos de interiores, em geral, e nos projectos de design de iluminação, em particular, com uma visão abrangente sobre a relação entre a iluminação e o envelhecimento, e com o foco centrado em quem vivência o espaço, privilegiando o conforto e a segurança, requisitos básicos para a promoção de uma melhor qualidade de vida, e na permanência desses indivíduos nos seus ambientes sociais.

## Referências Bibliográficas

BOYCE, P. R. *Lighting for the elderly. Journal Technology and Disability. New York: IOS Press, 2003.*

Brandston H.M. *Aprender a ver: A essência do design da iluminação. 1ª Edição. De Maio Comunicação e Editora: São Paulo, 2010.*

CASARIN, R. Mariana Figueiró: *A luz e sua relação com a saúde. Lume Arquitetura. Ed. n° 44. De Maio Comunicação e Editora: São Paulo, 2010.*

COSTA, Gilberto José Corrêa da. *Idosos: fazendo-os enxergar melhor. Lume Arquitetura n° 14. De Maio Comunicação e Editora: São Paulo, 2005.*

DARÉ, A. C. L. *Design Inclusivo: o impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso. Universidade Lusíada Editora: Lisboa, 2010.*

FEDDERSEN, E. & LUDTKE, I. *A Design Manual Living for the Elderly. Birkhauser: Basel, 2009.*

FONTAINE, R. *Psicologia do Envelhecimento. Climepsi Editores: Lisboa, 2000.*

FIGUEIREDO, M. G. 2001. *Lighting the way: A key of independence. Book 1. [em linha] [Consultado em 24 de Fevereiro de 2010] Disponível na URL: <http://www.lrc.rpi.edu/programs/lightHealth/AARP/pdf/AARPbook1.pdf>*

IESNA. *Lighting Handbook. IESNA:*

*New York, 2010.*

LIMA, M. *Percepção Visual Aplicada à Arquitetura e à Iluminação. Editora Ciência Moderna Ltda: Rio de Janeiro, 2010.*

MENDES, L. D. U. D. S. 2009. *Visão e Envelhecimento. [em linha] [Consultado em 07 de Novembro de 2009]. Disponível na URL: [http://www2.dbd.pucRio.br/pergamum/tesesabertas/0610650\\_08\\_cap\\_03.pdf](http://www2.dbd.pucRio.br/pergamum/tesesabertas/0610650_08_cap_03.pdf)*

MUGA, H. *Psicologia da Arquitectura. Gailivro: Canelas, 2006.*

NOVAES, M. 2010. *Iluminação e Idade: Uma abordagem sobre o significado da luz para o idoso. Lume Arquitetura. n° 44. De Maio Comunicação e Editora: São Paulo, 2010.*

PHILLIPS, D. *Lighting Modern Building. Architectural Press: Oxford, 2000.*

ROCHA, E. M. 2004. *A Senilidade dos Cinco Sentidos. [em linha] [Consultado em 29 Novembro de 2006] Disponível na URL: [http://www.techway.com.br/techway/revista\\_idoso/saude/saude\\_eduardo.htm](http://www.techway.com.br/techway/revista_idoso/saude/saude_eduardo.htm)*

VENTUROLI, Thereza. *Mais velhos, ... porém mais jovens. [em linha] [Consultado em 7 Janeiro 2009] Disponível na URL: <http://abril.veja.com.br>*



**Ana Cristina Lott Daré** é Designer de Ambientes pela Fundação Mineira de Arte Aleijadinho (atual UEMG), Brasil. Mestre em Design pela Universidade Lusíada de Lisboa, Portugal. Doutoranda em Design pela Faculdade de Arquitectura da Universidade Técnica de Lisboa, Portugal, com Bolsa de Doutorado da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT). É investigadora no CLAUD (Centro de Investigação em Arquitectura, Urbanismo e Design) /FAUTL.  
[dare.ana@gmail.com](mailto:dare.ana@gmail.com)

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

# LIVRO NARRA HISTÓRIA DE VIDA DE UMA MILITANTE PELA INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A professora e militante cearense das lutas em defesa da inclusão de pessoas com deficiência, Nadja Pinho, lançou no dia 10 de outubro de 2010 o livro de sua autoria 'Mosaico: um hino de amor à vida'. O lançamento celebrou também os 50 anos de vida da autora, que se confraternizou com familiares e amigos nos Jardins de Burlle Marx do Theatro José de Alencar. A obra, segundo a autora, além de citar fatos da sua vida pessoal, antes e depois do acidente que a deixou tetraplégica em 1980 - num acidente de carro, com apenas 19 anos - resgata um pouco da história do movimento de luta das pessoas com deficiência de Fortaleza por direitos e cidadania, por meio de uma coletânea de artigos da autora, publicados no Jornal O Povo. Nadja ocupa atualmente a Coordenadoria de Pessoas com Deficiência (COPEDEF) da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE. Contatos pelo e-mail: nadjapinho@gmail.com

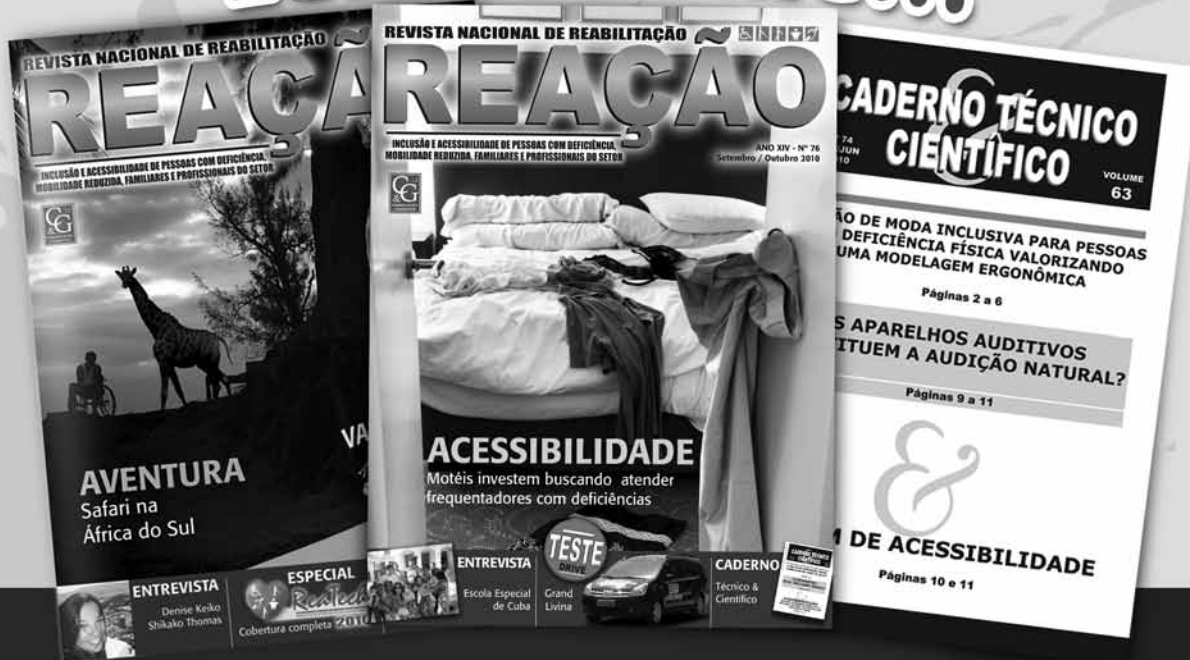


REVISTA NACIONAL DE REABILITAÇÃO

# REAÇÃO

INCLUSÃO E ACESSIBILIDADE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA,  
MOBILIDADE REDUZIDA, FAMILIARES E PROFISSIONAIS DO SETOR

## Leia e assine!!!



A única publicação completa, voltada para pessoas com deficiências (físicas, mentais, visuais, auditivas ou múltiplas), familiares e profissionais do setor de reabilitação, inclusão e acessibilidade...

ASSINATURA BIANUAL

De: R\$ 177,00  
Por: R\$ 150,00  
ou 3X R\$

# 50,00

ligue grátis:

# 0800-772-6612

[WWW.REVISTAREACAO.COM.BR](http://WWW.REVISTAREACAO.COM.BR)