

# **CADERNO TÉCNICO & CIENTÍFICO**

**Nº 92  
MAI/JUN  
2013**

**VOLUME  
82**

---

**DISLEXIA INTERFERE NO PROCESSO DO  
APRENDIZADO DE CRIANÇAS ATÉ A FASE ADULTA**

**Página 2**

**O DIREITO À SAÚDE DOS PACIENTES  
COM DOENÇAS RARAS**

**Página 3**

**MÊS DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE  
A DOENÇA DE POMPE**

**Página 4**

---

**SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO**

**Página 5**

**TREINAMENTO FUNCIONAL  
PARA CADEIRANTES**

**Página 7**

# DISLEXIA INTERFERE NO PROCESSO DO APRENDIZADO DE CRIANÇAS ATÉ A FASE ADULTA

Por Ana Luiza Navas



As dificuldades iniciais no processo alfabetização podem ser explicadas por várias razões, entre as quais estão os déficits sensoriais e/ou intelectual, razões socioculturais, pedagógicas e/ou emocionais. No entanto, há também uma parcela de crianças que falham no processo de aprendizagem do código gráfico por que têm uma condição de ordem neurofuncional, como é o caso das crianças com distúrbio específico de leitura, a dislexia.

“A dislexia é um transtorno específico e persistente da leitura e da escrita, de origem neurofuncional, caracterizado por um inesperado e substancial baixo desempenho da capacidade de ler e escrever, apesar da adequada instrução formal recebida, da normalidade do nível intelectual, e da ausência de déficits sensoriais. O disléxico responde lentamente às intervenções terapêuticas e educacionais específicas. Porém, somente com estas intervenções adequadas pode melhorar seu desempenho em leitura e escrita. O prognóstico depende ainda de diversos fatores facilitadores como a precocidade do diagnóstico, o ambiente familiar e escolar.” (IDIS, 2008).

A dislexia é uma condição amplamente reconhecida no meio educacional nacional e internacional, com sintomas bem definidos e que está presente em aproximadamente 4% da população mundial, segundo recentes estimativas. Ainda não temos no Brasil um estudo epidemiológico da prevalência da dislexia em nosso meio, contudo, um levantamento recente em Portugal encontrou a prevalência de 5,4% em crianças falantes

do português europeu.” (Vale, Sucena, Viana, 2011).

De acordo com dados publicados pelo IBGE (2010), o Brasil tem cerca de 190 milhões de habitantes, dos quais quase 45 milhões de crianças e adolescentes estão matriculados no ensino regular. Se considerarmos a prevalência reservada de 4% de alunos disléxicos, ainda estaremos diante de 1.8 milhões de brasileiros nessa condição.

A dislexia é em geral identificada inicialmente como uma dificuldade de aprendizado e persiste ao longo da vida escolar e profissional do indivíduo. O que diferencia o quadro dislexia de uma dificuldade inerente ao desenvolvimento típico de leitura é a persistência do problema mesmo quando a criança recebe uma estimulação adicional. Alguns sinais mais amplos na linguagem podem aparecer nos anos pré-escolares, como as dificuldades para realizar atividades com os sons das palavras, como percepção de rimas, identificar a semelhança de palavras do ponto de vista do som (estrutura fonológica) e armazenar na memória novas palavras apenas pela audição. O professor pode verificar esses sinais. Porém, é necessário um conhecimento mais profundo para realizar o diagnóstico correto, pois nem todas as pessoas que apresentam esses sintomas são disléxicas. Uma equipe multidisciplinar com a participação de um médico, neuropediatra ou psiquiatra infantil, psicólogo e fonoaudiólogo, é recomendável para que a análise seja adequada.

O reconhecimento da existência da dislexia e o acompanhamento adequado destes escolares evita o surgimento de reações emocionais negativas em relação à escola e graves problemas com a autoestima destes indivíduos.

Um dos principais desafios para o desenvolvimento educacional dessas crianças, no Brasil, é a ausência de Políticas Públicas que garantam o atendimento educacional adequado. Em relação às Políticas de Edu-

cação Inclusiva, o país avançou muito nos últimos anos, estabelecendo diretrizes e critérios para o acompanhamento de crianças com necessidades educacionais especiais, como os estudantes com deficiência auditiva, ou surdez, deficiência visual, ou cegueira, deficiência física ou déficit intelectual.

A partir de 2007, com a publicação da “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva”, foram estabelecidos os critérios para a participação dos alunos da educação especial nas classes da rede de ensino regular (Brasil. MEC, 2007). No entanto, ao se definir o papel e abrangência do público alvo para o Atendimento Educacional Especializado (AEE), os escolares com transtornos específicos de leitura não foram contemplados pelo novo parecer do Conselho Nacional de Educação.

Outro aspecto importante, pouco explorado, é que as dificuldades de leitura, escrita e memória para sons persistem na idade adulta e, portanto, há um grande número de jovens com dislexia cursando o Ensino Superior. O desconhecimento do quadro e de suas necessidades educacionais por parte de professores, dirigentes e colegas, dificulta sobremaneira a vida desses universitários que são impedidos de solicitar adaptações ou acomodações pedagógicas. O simples fato de gravar uma aula pode ser o limiar entre o sucesso acadêmico e a evasão do Ensino Superior.



**Ana Luiza Navas**

*Professora adjunta e diretora do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, presidente do Conselho administrativo da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (2012-2013)*

ACESSE NOSSO SITE:

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

# O DIREITO À SAÚDE DOS PACIENTES COM DOENÇAS RARAS

Por Maria Cecília J.B.M de Oliveira

Em primeiro lugar, é importante ressaltar que seja um paciente com doença rara ou um paciente com uma doença de maior prevalência, ambos, perante a lei, possuem os mesmos direitos. E aqui estamos falando, obviamente da nossa Lei Maior, da nossa Constituição Federal.

O que vai delimitar, definir esses direitos, não será o fato dessa doença ser rara ou não, mas sim qual o impacto que tem e terá na vida deste indivíduo. Muitas normativas já foram e ainda são criadas a fim de garantir ou, infelizmente, restringir, direitos dos pacientes acometidos por doenças raras ou graves.

Muito se tem falado, elaborado, mas infelizmente o que vemos na prática é a total ausência de um efetivo implemento de políticas públicas de saúde que visem a garantir a esses pacientes o acesso a exames e tratamentos que necessitam, bem como o acesso a profissionais de saúde capacitados.

Sabemos da precariedade do sistema público de saúde, de todos os problemas encontrados para se ter direito a uma simples consulta em casos corriqueiros, para se ter acesso a tratamentos já contemplados pelas políticas públicas de saúde.

Quando transportamos esse problema para as doenças raras, infelizmente, a questão fica um tanto mais complicada: se já é muito difícil ter acesso à rede básica de saúde, a tratamentos simples para uma virose que seja, diabetes, cardiopatias, doenças pulmonares... imagine quando falamos de uma doença desconhecida, que afeta um percentual insignificante da população.

Acredito que muitos já tenham ouvido gestores públicos dizerem que o tratamento de um paciente com doença rara acabaria por deixar sem tratamento centenas de indivíduos com outros tipos de patologias bem mais comuns.

Este tipo de discurso, no entanto, é

um absurdo e, porque não dizer, um crime contra a vida e a dignidade daquele indivíduo. Ninguém pede para ficar doente, nem muito menos escolhe ter uma doença grave e rara mas, quando isso acontece, este indivíduo tem o mesmo direito à saúde que qualquer outro.

Diferentemente da interpretação dada por nossos gestores de saúde e pelos defensores do Estado (em sentido gênero), o mesmo direito à saúde não significa de forma alguma ter esse indivíduo que vir a se submeter única e exclusivamente aos tratamentos, exames e terapias já contemplados por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Esta interpretação abusiva, absurda, dada por alguns gestores, vem de uma interpretação não menos absurda do que vem a ser o princípio da igualdade, também contemplado em nossa Constituição Federal.

*Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...)*

O princípio da igualdade não pode e não significa, de forma alguma, que todos têm que vir a se sujeitar aos mesmos tratamentos disponibilizados... efetivamente não!!! Significa sim, tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida das suas desigualdades. Quando se aplica corretamente esse princípio, tendemos a chegar mais perto de um equilíbrio, minimizando as diferenças individuais. Tendemos a chegar mais perto da justiça.

Temos que ter claro em mente que as políticas públicas de saúde, os protocolos clínicos, as diretrizes terapêuticas, são importantes instrumentos facilitadores, para que o indivíduo venha a ter

acesso a consultas, exames, tratamentos; isto quando falamos de doenças com uma prevalência significativa e que, comprovadamente, existam tratamentos eficazes para um grande percentual de indivíduos com aquela doença. São bons exemplos os protocolos para cardiopatias, diabetes, doenças pulmonares, certos tipos de câncer, esclerose múltipla, doença de Gaucher ...

Muitos pacientes podem se beneficiar dos tratamentos já contemplados, o que demonstra a importância da existência de protocolos clínicos. No entanto, essas ferramentas facilitadoras do acesso à serviços de saúde não podem ter um caráter absoluto; podem servir como balisadores, facilitadores, mas não como forma de restringir um direito constitucionalmente garantido; ou seja, esses mecanismos servem para regulamentar mas nunca, em hipótese alguma, como um meio de restrição, como constantemente é usado para negar ao paciente os tratamentos específicos que o mesmo necessita.

Também não podemos esquecer que, inobstante a existência de protocolos e diretrizes terapêuticas para determinadas patologias, cada indivíduo é único, cada organismo responde de um jeito ao tratamento proposto, o que é eficaz para um pode não ser para outro.

Quando uma pessoa se vê restringida de ter acesso aos meios necessários para prevenção e recuperação de sua saúde, devidamente prescritos por profissionais médicos que a assistem, ela pode e deve socorrer-se do judiciário para lutar pelo seu direito e principalmente para lutar pelo seu bem maior, qual seja, sua própria VIDA.

Felizmente nosso judiciário, via de regra, tem um posicionamento bem favorável, quando o assunto é a luta pela saúde e vida de um indivíduo. A nossa Suprema Corte, o Supremo Tribunal Federal, se posiciona de forma extremamente favorável

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

e criteriosa sobre o assunto. Num primeiro momento, priorizando o atendimento através dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas disponibilizados pelo Sistema Público de Saúde, a fim de garantir a melhor distribuição de recursos públicos e a segurança do paciente. Todavia não descarta a possibilidade de questionamentos judiciais, em razão de ineficácia dos tratamentos dispensados pelo SUS, de sua superação por tratamentos mais eficazes, bem como a própria ausência de programas para tratamentos de determinadas patologias e, neste caso, incluindo a imensa maioria das doenças raras.

Nosso judiciário e, neste aspecto, principalmente o STF, também tem sido de grande importância ao decidir favoravelmente ao paciente, quando da necessidade de tratamentos que, infelizmente, embora com a eficácia devidamente reconhecida pela ANVISA, ainda não foram incluídos nos protocolos ou mesmo tratamentos que ainda não foram registrados no Brasil, mas que já contam com registro em seu país de origem e outros órgãos internacionais, principalmente o FDA, nos Estados Unidos e o EMA na Europa.

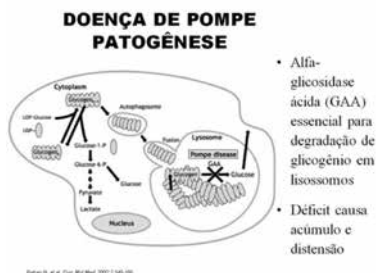
Neste último aspecto, muitos pacientes com doenças raras são garantidos por ordens judiciais, a poderem ser submetidos a exames e tratamentos que necessitam para a busca da cura ou controle de sua doença.

Esta é uma luta árdua mas repleta de grandes vitórias e, tenho certeza, que com união e perseverança mudaremos, como já estamos fazendo, a realidade de nosso país.



**Maria Cecília J.B.M. de Oliveira** ([cecilia@afag.org.br](mailto:cecilia@afag.org.br)) é advogada e presidente da Associação dos Familiares, Amigos e Portadores de Doenças Graves (AFAG - [www.afag.org.br](http://www.afag.org.br)) e voluntária do Grupo de Estudos de Doenças Raras (GEDR - <http://estudandoraras.blogspot.com>).

## MÊS DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A DOENÇA DE POMPE



Reardon, et al. *et al. Curr Biol* 2012; 22: 101-10

O Brasil é o único país no mundo a ter um dia dedicado a esclarecer a sociedade sobre o problema. O Dia Nacional de Conscientização sobre a Doença de Pompe, instituído em 2012, é celebrado em 28 de junho.

Atualmente, existem 74 brasileiros diagnosticados com a enfermidade, mas estima-se que haja maior número sem o diagnóstico e tratamento corretos. Estudos mundiais estimam que uma em cada cerca de 40 mil a 300 mil pessoas tem a doença. Por causa desse quadro, a Academia Brasileira de Neurologia (ABN) realiza, em junho, a II Campanha Nacional de Conscientização sobre a Doença de Pompe, cujo lema é “Gente de fibra apoia essa causa”.

A neurologista Claudia F.R. Sobreira, coordenadora do Departamento Científico de Moléstias Neuromusculares da ABN, esclarece que “o objetivo da campanha é divulgar a doença e seus diversos quadros clínicos, alertando médicos sobre os sinais e sintomas, para que possam pensar na enfermidade no diagnóstico diferencial”.

Para a médica, a população tem papel importante e também é alvo da campanha. “É preciso levar informação às pessoas, estimular a curiosidade e criar mais incentivos e mobilizações em prol do estudo de doenças raras, considerando o direito de todos à saúde”, afirma ela.

Raro transtorno genético neuromuscular de natureza metabólica, a Doença de Pompe afeta progressivamente a

capacidade de locomoção. Caminhar, correr, subir escadas e até mesmo movimentos simples, como levantar os braços acima dos ombros, tornam-se difíceis ou mesmo impossíveis. Nesse contexto, funções vitais como a respiração podem ser comprometidas. Como se assemelha a outras enfermidades neuromusculares, muitas vezes o diagnóstico é difícil. Os sintomas podem surgir em bebês, crianças ou adultos.

Diferentemente de outros problemas de saúde com sintomas similares, a Doença de Pompe tem uma terapia específica, que permite, dependendo do estágio em que é feito o diagnóstico, significativa melhora da qualidade de vida do paciente. O tratamento é feito com reposição enzimática de alfa-glicosidase recombinante humana.

Além desse tratamento, é de grande importância o apoio fisioterápico sob orientação de especialista. Isso possibilita o fortalecimento e aumento da resistência muscular. São também importantes terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutricionista e acompanhamento com pneumologista e psicológico.

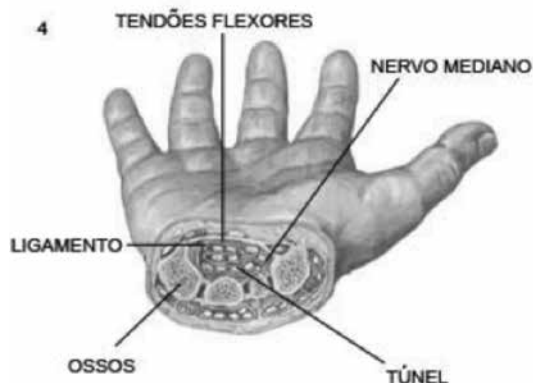
A agenda da campanha e informações sobre a Doença de Pompe, estão no site [www.mesnacionaldepompe.com.br](http://www.mesnacionaldepompe.com.br) e há, ainda, uma fan page da iniciativa: [facebook.com/mesnacionalpompe](https://facebook.com/mesnacionalpompe)



ACESSE NOSSO SITE:

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

# SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO



Várias são as causas desses sintomas. Podem se originar por problemas de neurológicos, de coluna ou até vasculares. Mas a principal causa de dor e dormências nas mãos, principalmente à noite e em mulheres, é a Síndrome do Túnel do Carpo.

O túnel do carpo é uma passagem anatômica, localizada na porção anterior do punho, formada profundamente por um arco de ossos e superficialmente por um forte ligamento, chamado de Ligamento Transverso do Carpo.

Dentro deste túnel se localizam os tendões flexores para os dedos (total de nove) e o nervo mediano. Esse nervo é responsável pela sensibilidade do polegar, indicador, dedo médio e a metade externa do dedo anular. O nervo Mediano localiza-se logo abaixo do Ligamento Transverso do Carpo, e, por ser a estrutura mais delicada no interior desse túnel, pode causar sensação de dor e dormência nas mãos ao ser comprimido.

Síndrome do Túnel do Carpo é o conjunto de sinais e sintomas (dor, dormência, formigamento, falta de força) causados pela compressão do Nervo Mediano no punho.

A principal manifestação de STC é a dor e dormência que ocorrem nos dedos inervados pelo Nervo Mediano (Polegar, Indicador, Médio e metade do Anular). Esses sintomas pioram durante à noite e ao despertar pela manhã. O alívio parcial

pode ser obtido sacudindo as mãos ou abaixando-as. Durante a crise, a dor pode se irradiar para o antebraço, cotovelo, podendo ir até os ombros.

A falta de sensibilidade nos dedos pode causar fraqueza, fazendo com que o paciente freqüentemente deixe cair objetos e tenha dificuldade de diferenciar se algo é frio ou quente.

Na base do polegar, existe a Musculatura Tenar, que também é inervada pelo Nervo Mediano. Num estágio avançado, ocorre a atrofia desses músculos, causando fraqueza no movimento de pinça e inabilidade do paciente mobilizar o polegar contra os outros dedos da mão.

A STC ocorre principalmente em mulheres após a menopausa, pois alterações hormonais causam um aumento da quantidade de líquido no corpo, levando a um inchaço dos tendões no interior do túnel. A doença pode também ser causada por patologias como artrite reumatóide, diabetes, fratura do punho mal consolidada, hipotireoidismo, tumores no interior do túnel e condições fisiológicas, como a gravidez. O uso abusivo do punho e mão em atividades que requeiram força pode aumentar os sintomas da STC, porém não está provado que possa causá-los.

O diagnóstico é feito pelo exame do médico, através das queixas apresentadas pelo paciente e também por testes realizados. O paciente pode apresentar diferentes níveis de gravidade. Como existem trata-

mentos diferenciados para cada fase da doença, é imprescindível saber em qual o estágio que o paciente se encontra. Para determinar a gravidade, o principal exame realizado é a eletroneuromiografia. Esse exame é feito

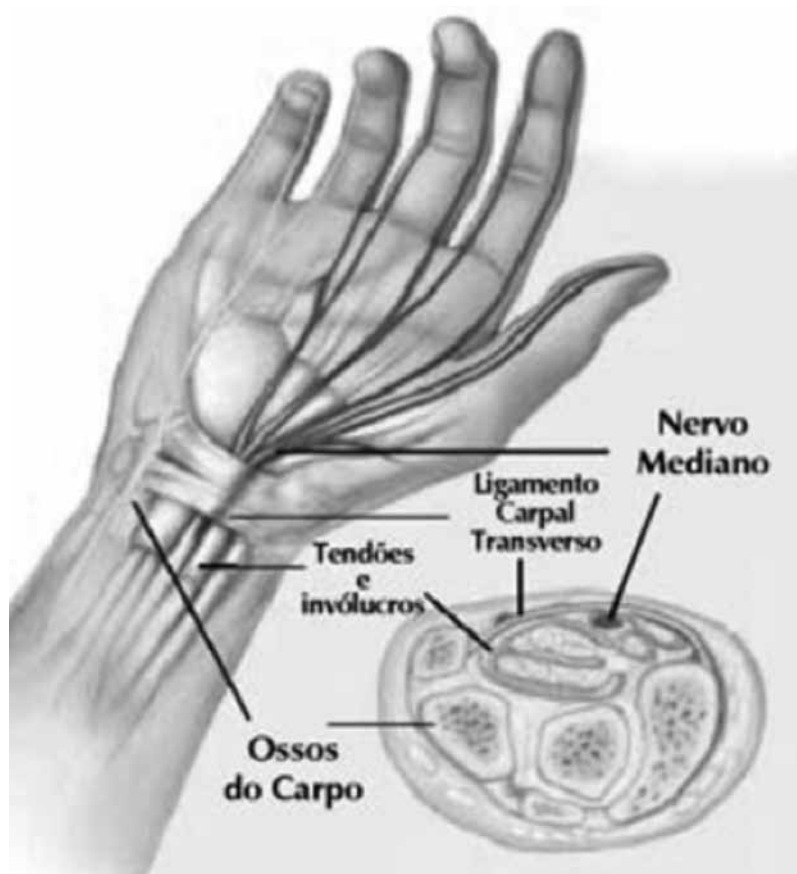
em laboratório, geralmente por médicos neurologistas ou fisiatras. Nele, eletrodos são colocados ao longo do membro superior com o objetivo de medir a velocidade de condução elétrica do nervo. Quanto mais apertado ele estiver, menor será a velocidade.

O tratamento na fase inicial da doença é sem cirurgia, chamado de tratamento conservador. Isso ocorre quando o paciente apresenta dor moderada, apenas em determinadas atividades, como dirigir ou falar telefone, não tendo perda da sensibilidade nas pontas dos dedos ou atrofia muscular. O tratamento conservador é realizado com o uso de talas removíveis pré-moldadas que mantêm o punho em leve extensão, além do uso de medicamentos antiinflamatórios. Esses podem ser em comprimidos ou, dependendo do estágio da doença, com infiltração local do medicamento dentro do túnel.

Em pacientes gestantes, o tratamento sem cirurgia deve ser realizado o máximo de tempo possível, isso porque os sintomas geralmente se resolvem espontaneamente após o parto. Para elas, é indicado o uso de talas, porém não se deve administrar antiinflamatórios. Em último caso, quando

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)



a paciente não consegue mais dormir ou realizar atividades durante o dia, é indicada a cirurgia com anestesia local.

Em pacientes nos quais os sintomas já ocorrem durante o dia inteiro, quando há fraqueza muscular ou quando o tratamento com medicamentos não apresentou melhora, é indicado o tratamento cirúrgico. Os pacientes idosos têm uma indicação maior de tratamento cirúrgico que os jovens. Para eles, apenas uma leve atrofia da Musculatura Tenar é uma forte indicação para tratamento cirúrgico. Isso ocorre porque pacientes idosos têm uma pobre recuperação da força após a atrofia já estar estabelecida.

Nos Estados Unidos a cirurgia de STC é o procedimento ortopédico mais realizado e também o que os pacientes mais satisfação referem. Hoje em dia a cirurgia pode ser realizada sem internação hospitalar e por técnica endoscópica (videocirurgia), realizando apenas um pequeno orifício de menos de um centímetro.

A melhora da dor é imediata após a cirurgia e o retorno as atividades físicas pode ser feito em trinta dias após o procedimento.

## SÍNDROME DO TÚNEL CARPAL

Síndrome do túnel carpal (também conhecida como síndrome do túnel cárpico, síndrome do túnel do carpo ou síndrome do canal cárpico) é o nome pelo qual se refere uma doença que ocorre quando o nervo mediano, que passa pela região do punho chamada túnel do carpo, fica submetido a uma compressão. É uma doença de ocorrência muito comum entre mulheres na faixa de 35 a 60 anos, ocorrendo raramente em homens ou em mulheres mais jovens.

Apresenta dormência e formigamento nas mãos, principalmente nos dedos indicador, anelar e médio, predominantemente no período noturno. Afeta as duas mãos em 60% dos casos. Eventualmente ocorre dor em todo membro superior (mão, antebraço e braço) e choques.

As causas mais comuns deste tipo de lesão são a exigência de flexão do punho,

a extensão do punho e a tenossinovite a nível do tendão dos flexores. Neste caso, os tendões inflamados levam a uma compressão crônica e intermitente do nervo mediano que é a estrutura mais sensível do conjunto que compõe o túnel do carpo.

Normalmente deve-se ao estreitamento do seu canal de passagem por inflamação, podendo ocorrer em mulheres grávidas devido ao inchaço provocado pela gravidez.

Faz-se dois testes em que os nervos são testados: o teste de Phalen e o teste de Tinel. O primeiro consiste em dobrar o punho e mantê-lo fletido durante um minuto. Como essa posição aumenta a pressão intracarpeana, se houver compressão do nervo, os sintomas pioram. O teste de Tinel consiste em percutir o nervo mediano. Se ele estiver comprometido, a sensação será de choque e for-

migamento. Pode ser diagnosticado pelo exame eletroneuromiografia.

Em casos mais leves, usa-se imobilização. A fisioterapia é recomendada e o profissional deve orientar o paciente a realizar alongamento de flexores de dedos e punho, com isso ocorre melhora da função e aumento na formação de líquido sinovial auxiliando a lubrificação dos tendões, fâscias adjacentes e bainhas (tendões lubrificados diminuem o atrito entre as bainhas evitando assim a inflamação), e fazer o uso do ultra-som para alívio de dor e diminuição do processo inflamatório, diminuindo assim o edema. Remédios são apenas paliativos. Em casos mais graves os pacientes devem ser submetidos à cirurgia, para abrir o canal comprimido. Costuma ser eficaz. Após muito tempo de compressão, pode haver atrofia do nervo.

ACESSE NOSSO SITE:

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

# TREINAMENTO FUNCIONAL PARA CADEIRANTES

Por Mateus Nascimento



Você acredita que poderia tocar a cadeira de forma mais eficiente? Tem dificuldades para subir rampas? Quando você vê uma pessoa empinando uma cadeira de rodas acha aquilo fenomenal e sonha um dia em fazer igual? Será possível descer degraus com sua cadeira? E fazer transferência? É um super esforço?

Acreditamos que muitos usuários de cadeira de rodas são capazes de fazer muito mais coisas com seu corpo do que realmente eles fazem. Boa parte das pessoas que são usuárias de cadeira de rodas não nasceu com uma deficiência motora. Muitos adquiriram a deficiência no decorrer da vida, na infância, adolescência, na vida adulta ou até mesmo na melhor idade e os fatores são os mais diversos, desde acidentes até fatores genéticos.

Quando o indivíduo passa por essa mudança na sua vida, um dos primeiros processos é o de reabilitação, que geralmente é feito em clínicas com uma equipe multidisciplinar atuando de forma conjun-

ta. Porém, o que vemos no nosso dia-a-dia são usuários de cadeira de rodas que estão mal sentados em suas cadeiras, com uma postura ruim (mesmo aqueles com lesão com pouco comprometimento de tronco). Por mais que toquem cadeira para se locomover, não aguentam por muito tempo ou longas distâncias. Quando se deparam com uma subida ou decida, esperam auxílio de outra pessoa, muitas vezes por falta de técnica ou segurança, o que significa que apenas o processo de reabilitação não foi o suficiente e que é necessário um aperfeiçoamento de algumas capacidades físicas e/ou motoras.

Já reparam que a maioria daqueles que possuem um bom domínio de cadeira de rodas é os que praticam ou praticaram algum esporte? Jogadores de basquete em cadeira de rodas, atletismo, ciclismo, rugby em cadeira de rodas, esportes de aventura, etc. Só que nem todos tem perfil ou gostam de praticar esportes coletivos, ou possuem recursos para modalidades

individuais que necessitam equipamentos importados, ou não gostam de competição, querem mesmo praticar atividade física por lazer, saúde, bem estar. Certo? Bem, é aí que entra o treinamento funcional, que pode ser feito em casa, numa academia, no trabalho, num parque, onde você escolher.

## **Mas o que é treinamento funcional?**

Treinamento funcional são exercícios ou um programa de exercícios elaborados para atuar de forma mais real no cotidiano do praticante. São dinâmicos e específicos, trabalhando força, agilidade, resistência, fortalecimento e estabilização do core, flexibilidade, prevenção de lesão e para o usuário de cadeira de rodas o domínio da cadeira. São elaborados com base na rotina do cliente, sendo um trabalho muito específico e dentro da realidade de cada um.

Vamos tentar dar exemplos dos benefícios do treinamento funcional para esses usuários de cadeira de rodas:

Imagine uma rampa, com uma incli-

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)



nação não muito acentuada, mas muito longa. Começa a subir, e em durante a subida os braços começam a “queimar”, o toque na cadeira já não rende mais e sem muita eficiência, parecendo que a subida não tem fim. O treinamento funcional vai proporcionar uma resistência muito maior. Essa sensação de queimação pode demorar a aparecer ou até mesmo nem existir na mesma subida, o tempo do mesmo trajeto será menor e, por consequência, o desgaste também será menor, o que fará com que tenha energia para poder ir cada vez mais longe.

Agora, e na transferência de cadeira? O que precisa bastante? Força? Mas quanto você treina de força diariamente? Se a musculatura não é muito preparada ou por repetir diversas vezes o mesmo movimento podem surgir luxações e lesões nas articulações, principalmente de ombro. Mais uma vez o treinamento funcional pode atuar de forma positiva nessa situação, pois o trabalho de puxar horizontal e

vertical, força explosiva, força isométrica, podem ser trabalhados de forma direcionada, bem como estabilização do core, e exercícios de prevenção de lesão, fazendo com que essa ação seja mais fácil e segura.

E aquele degrau na frente do seu trabalho? Sempre precisando de ajuda para transpor essa pequena barreira que se torna um obstáculo gigante. Olha o treinamento funcional ajudando ai novamente. Às vezes uma boa técnica de domínio da cadeira de rodas faz com que se ultrapassem esses tipos de obstáculos de forma simples e segura. E isso é adquirido com exercícios de técnica, agilidade, domínio, segurança na cadeira.

A partir do momento em que antigas barreiras se tornam pequenos obstáculos que se tornam possíveis de transpor, ações que anteriormente necessitavam de auxílio de outras pessoas e agora são possíveis de serem executadas de forma autônoma, fazendo com que a autoestima, motivação, felicidade venham à tona.

Importante ressaltar que existem diversos motivos para as pessoas necessitarem do uso de cadeira de rodas para sua locomoção e, dependendo das deficiências, mudanças fisiológicas, metabólicas e estruturais podem existir. Com isso, é importante que o profissional que atua com o treinamento funcional para esse público tenha um conhecimento sobre esses detalhes, pois às vezes ao invés de trazer melhoras para o cliente ele pode piorar o quadro ou provocar uma lesão, e que pode ser grave. Sendo assim, o profissional deve ter capacitação e formação em treinamento funcional, e principalmente conhecimento com o trabalho de atividade física e esporte para pessoas com deficiência.

O treinamento funcional não faz milagres. Ele provoca e estimula possibilidades que muitas vezes não se acreditavam que eram possíveis ou dão ferramentas que faltavam para alcançar os objetivos de forma mais eficiente na sua rotina diária.

#### **Importante:**

- Avaliação médica é essencial para conhecer exatamente o cliente;

- O trabalho conjunto com nutricionista faz com que o resultado de perda de peso seja mais eficiente;

- Procure sempre profissionais capacitados e qualificados;

- Se você acredita que é capaz, então vá atrás dos seus sonhos.



#### **Mateus Nascimento**

*Professor de Educação Física, pós graduado em Educação Física Adaptada pela Unicamp, atuou como prof. da ADD por mais de 10 anos, foi professor da UNIP e responsável técnico pela coordenação de esportes da SMPD. Atua como personal trainer para pessoas com deficiência.*

*E-mail: [mateusnascimento@personalespecial.com.br](mailto:mateusnascimento@personalespecial.com.br)*

ACESSE NOSSO SITE:

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