

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE DESPORTOS

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

VIVIAN SOUZA SILVA

**O DESENVOLVIMENTO DE FUNÇÕES MOTORAS GROSSAS DE UMA
CRIANÇA COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA DA
INFÂNCIA**

**FLORIANÓPOLIS
2016**

VIVIAN SOUZA SILVA

O DESENVOLVIMENTO DE FUNÇÕES MOTORAS GROSSAS DE UMA
CRIANÇA COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA DA
INFÂNCIA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro de Desportos
(CDS) da Universidade Federal de
Santa Catarina (UFSC) como
requisito parcial para obtenção do
título de Licenciatura em Educação
Física

Orientador: Prof^a Dr^a Angela
Teresinha Zuchetto

FLORIANÓPOLIS
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC

CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA – Hab. Licenciatura

Termo de Aprovação

A Comissão Examinadora (Banca), abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia),

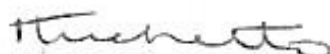
Título:

O desenvolvimento de funções motoras grossas em uma criança com encefalopatia crônica não progressiva da infância.

Elaborada por:
Vivian Souza Silva

Como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciado em Educação Física.

Comissão Examinadora:



Orientador (a) – Prof.^a Dr.^a Angela Teresinha Zuchetto - UFSC

Membro – Prof.^a Ms. Beatriz Dittrich Schmitt - UFRGS

Membro – Prof.^a Ms. Giandra Anceski Bataglion – UFSC

Suplente – Prof.^a Leticia Baldasso Moraes – UFSC

Dedico este trabalho à minha família por sempre acreditarem em mim e às mães e pais das crianças do Programa Atividade Motora Adaptada por todo amor e dedicação aos seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe, Dacilda, por ser a responsável pela pessoa que sou hoje, por ter feito de tudo para dar uma educação de qualidade para mim e meu irmão, por todo o amor, apoio e conselhos que me deu. Sou eternamente grata a você.

A minha tia e madrinha, Dacinilda, que junto à minha mãe, se fez e faz tão presente na minha vida, ajudou na minha educação, me incentivou, me apoiou, me aconselhou e a qual considero minha segunda mãe.

Ao meu irmão Rodrigo, que foi e é exemplo para mim em diversos momentos da minha vida, inclusive para a escolha deste curso, e pela amizade que temos.

Ao meu pai Isair (*In Memoriam*), que sempre me deu amor e carinho mesmo morando longe e que agora me acompanha de onde quer que esteja.

A toda minha família, por todo amor que sempre me deram.

As minhas amigas de infância Camilla Sápia, Ana Luiza Muenz, Jéssica Pereira, Julia Petersen, Marina Coelho, Gabriela Matos e Bárbara Posso, que estão sempre presentes na minha vida, me apoiando, encorajando, aconselhando e, principalmente, me alegrando em tantos momentos.

Aos meus amigos de curso, em especial Cláudio Fontão, Jéssica Silva, Camilla Luiz, Jéssica Silveira, Vinícius Oliveira e Felipe Ferreira, pela parceria, conversas, apoio e por serem os responsáveis por tornar esses meus quatro anos de curso mais fáceis e alegres.

A todos os meus professores do curso, em especial à Prof.^a Dr.^a Angela T. Zuchetto, minha professora e orientadora, por me apresentar ao AMA e me fazer gostar cada vez mais da área de Educação Física Adaptada e desenvolvimento infantil.

A todos que participaram de alguma forma da minha formação, em especial à banca examinadora, por ter aceitado meu convite para participar desse momento.

E a todas as crianças, mães e pais do AMA, por me permitirem aprender tanto com cada um e pela oportunidade de crescimento pessoal e acadêmico que tive durante essa convivência.

“Nós não devemos deixar que as incapacidades das pessoas nos impossibilitem de reconhecer as suas habilidades.”

(Hallahan e Kauffman, 1994)

RESUMO

Esta pesquisa do tipo estudo de caso com abordagem exploratória e descritiva, de caráter longitudinal tem como objetivo avaliar o desenvolvimento da função motora grossa de uma criança com encefalopatia crônica não progressiva da infância. A escolha do participante foi intencional por se tratar de uma criança do sexo feminino com deficiência física do tipo encefalopatia crônica não progressiva da infância atetósica. Para a avaliação de seu nível de desenvolvimento motor foi utilizado o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) e para analisar a sua rotina foi utilizado uma entrevista realizada com a mãe. Seu desenvolvimento foi analisado através de filmagens de aulas em um programa de atividade motora adaptada e sua rotina detalhada. Como resultados foi possível observar que a criança não evoluiu nos níveis do teste, no entanto melhorou consideravelmente a qualidade de funções como andar, se equilibrar, engatinhar, sentar e no controle de cabeça e de tronco. Além disso é possível dizer que a busca da mãe por inúmeras atividades para sua filha, contribuíram para o seu desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: encefalopatia crônica não progressiva da infância; desenvolvimento motor; sistema de classificação da função motora grossa.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
1.1	JUSTIFICATIVA.....	10
1.2	OBJETIVOS.....	11
1.2.1	Objetivo Geral.....	11
1.2.2	Objetivos Específicos.....	11
2.	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA DA INFÂNCIA.....	12
2.2	DESENVOLVIMENTO MOTOR.....	16
2.3	SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA (GMFCS).....	18
3.	METODOLOGIA	21
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	21
3.2	CONTEXTO DO ESTUDO.....	21
3.3	DESCRIÇÃO DO PARTICIPANTE.....	22
3.4	PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	22
3.5	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	23
3.5.1	Teste GMFCS –.....	23
3.5.2	Filmagem das aulas.....	24
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1	AO NASCER.....	25
4.2	DO NASCIMENTO AO AMA (DOS SEIS MESES AOS TRÊS ANOS DE IDADE).....	25
4.3	A CHEGADA E A PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA AMA.....	27
4.4	INVENTÁRIO DA ROTINA DIÁRIA DA CRIANÇA.....	33
5.	CONCLUSÃO	40
6.	REFERÊNCIAS	41
	ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
	ANEXO 2 – ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	48

1 INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC), agora chamada de Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI) é descrita como um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações do movimento, o que se atribui à um distúrbio não progressivo ocorrido no desenvolvimento fetal ou no cérebro infantil (ROSENBAUM et al., 2005). Pode ocorrer em três momentos: pré-natal (infecções; falta de oxigenação), neonatal (anoxia; eclâmpsia) ou pós-natal (infecções; traumas) (PIOVESANA et al., 2002). A ECNPI possui classificação topográfica, neuromotora e funcional (WINNICK, 2011).

As deficiências motoras de crianças eventualmente diagnosticadas com ECNPI começam a se manifestar antes dos 18 meses de idade, com atrasos no progresso motor (ROSENBAUM et al., 2007). Por conta desses atrasos motores, é de extrema importância a realização de programas de intervenção como a educação física adaptada, fisioterapia, terapia ocupacional, entre outras, para que haja um melhor desenvolvimento das funções motoras.

Um dos testes utilizados para avaliar e classificar a criança com ECNPI é o GMFCS (sigla em inglês para Classificação da Função Motora Grossa). Desenvolvido por Robert Palisano e colaboradores, da Universidade McMaster no Canadá, tem como objetivo classificar em cinco níveis a função motora grossa de crianças com ECNPI com idades entre 1 e 12 anos. Para tal classificação, o teste analisa movimentos voluntários com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. Seu principal critério é para que as diferenças entre os níveis sejam significativas na vida diária da criança. Tais diferenças são baseadas nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivos manuais para mobilidade ou mobilidade sobre rodas (PALISANO, et al., 2006).

Com base nestas considerações a proposta deste estudo será avaliar o desenvolvimento da função motora grossa de uma criança com ECNPI, baseado no seu envolvimento em um programa de atividade motora adaptada.

1.1 JUSTIFICATIVA

A escolha pelo tema ocorreu devido ao interesse da pesquisadora pela área de desenvolvimento infantil. Após passagem pela disciplina Educação Física Adaptada – DEF5818, a qual realiza sua parte prática no Programa de Atividade Motora Adaptada – AMA/CDS/UFSC tal interesse aumentou ainda mais. A realização de atividades de monitoria e extensão no referente programa fez com que ficasse ainda mais próxima dessa área e decidisse por realizar esse estudo. Nesse programa são realizadas aulas com crianças de diversas idades que possuem algum tipo de deficiência, relacionando aspectos práticos à teoria estudada em classe.

Ao longo dos semestres tive contato com crianças com diferentes tipos de deficiências, porém, as crianças com deficiência física, em especial uma menina com ECNPI com quem tive maior contato e que apresentou um expressivo desenvolvimento, fizeram com que eu decidisse por tal tema.

Por ser uma deficiência que é capaz de haver uma grande melhora na parte motora da criança, optei por utilizar a escala GMFCS por se tratar do principal meio de avaliar a função motora grossa em crianças com ECNPI.

Já para o meio acadêmico, acredito que este estudo servirá como um exemplo em relação ao desenvolvimento de crianças com ECNPI, pois através dele é possível notar como uma criança com ECNPI pode alcançar grandes níveis de desenvolvimento, principalmente quando há um forte engajamento em programas de estimulação.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar o desenvolvimento da função motora grossa de uma criança com encefalopatia crônica não progressiva da infância a partir de sua participação em um programa de atividade motora adaptada e também em relação às suas demais atividades.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar mudanças na função motora grossa da criança com ECNPI ao longo de seus cinco anos de vida;
- Aplicar o teste GMFCS durante os três anos de participação da criança no programa de atividade motora adaptada;
- Descrever a rotina semanal da criança em relação às atividades de educação, lazer e reabilitação desde o seu diagnóstico;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO PROGRESSIVA DA INFÂNCIA

A Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI) é descrita como um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações do movimento, o que se atribui à um distúrbio não progressivo ocorrido no desenvolvimento fetal ou no cérebro infantil. As desordens motoras da ECNPI são frequentemente acompanhadas por distúrbios dos sentidos, cognição, comunicação, percepção e/ou comportamento e/ou por desordem de apreensão (ROSENBAUM et al., 2005). Nem sempre todos estes distúrbios são presentes, assim como não há uma relação direta entre o conjunto neuromotor e o cognitivo, que podem ser minimizados com o uso de tecnologia assistiva adequada à pessoa com ECNPI (BRASIL, 2013).

A ECNPI pode ser ocasionada em três momentos: pré-natal, neonatal ou pós-natal. Quanto aos fatores pré-natais incluem-se infecções congênicas, falta de oxigenação, etc. Nos fatores neonatais estão a anoxia neonatal, sendo esta a causa com maior frequência nos diagnósticos de ECNPI, eclâmpsia, etc. E nos fatores pós-natais incluem-se infecções, traumas, etc (PIOVESANA et al., 2002).

A natureza do desenvolvimento da ECNPI quase sempre implica impactos na trajetória do desenvolvimento dos indivíduos com ECNPI. As deficiências motoras de crianças eventualmente diagnosticadas com ECNPI começam a se manifestar antes dos 18 meses de idade, com atrasos no progresso motor. Outras dificuldades neurodesenvolvimentais e funcionais que geralmente acompanham os sinais motores podem aparecer ao longo da infância ou mais tarde. A figura clínica da ECNPI envolve, ao longo do tempo, desenvolvimento, aprendizagem, atividades, terapias, envelhecimento, e outros fatores (ROSENBAUM et al., 2007).

Distúrbios da visão, da audição e outras modalidades sensoriais podem ser associados como distúrbios primários atribuídos à ECNPI, e como consequências secundárias podem ser atribuídos limitações de atividades que

restringem a aprendizagem e o desenvolvimento de experiências cognitivas. Outras alterações de comportamento também podem ocorrer a partir desses distúrbios primários e secundários, como por exemplo, a comunicação expressiva, interações sociais, distúrbios do sono, transtornos do humor e ansiedade, além de crises convulsivas (ROSENBAUM et al., 2007).

Muitos profissionais da área médica acreditam que a ECNPI resulta de diversas causas em vez de um único fator. Por exemplo, uma criança prematura é cinco vezes mais suscetível a ter ECNPI do que uma criança nascida no tempo correto, porém a prematuridade não é a causa da ECNPI, no entanto é um dos fatores que levam à sua ocorrência (WINNICK, 2011).

Quanto à classificação, a ECNPI possui a classificação topográfica, neuromotora e funcional. A classificação topográfica se refere à diminuição da função do segmento do corpo afetado pela lesão. Esta pode ser:

Monoplegia	Apenas um membro parcialmente imóvel
Diplegia	Comprometimento de apenas um lado do corpo;
Hemiplegia	Comprometimento de apenas um lado do corpo
Paraplegia	Comprometimento de apenas os membros inferiores
Triplegia	Comprometimento de três membros
Quadriplegia	Comprometimento de todo o corpo (quatro membros, cabeça, pescoço e tronco)

Fonte: WINNICK, 2011.

Já quanto à classificação neuromotor se divide em espástica, atetósica e atáxica.

A espasticidade é causada por um dano às áreas motoras do cérebro e se caracteriza pela hipertonicidade (aumento do tônus muscular), causando contrações involuntárias (WINNICK, 2011). Cerca de 65% das pessoas com ECNPI possuem este tipo de desordem motora como predominante (SHERRILL, 2004). Neste tipo, normalmente, os músculos de uma área

relaxam enquanto os músculos opostos se contraem, porém a hipertonicidade resulta em co-contração ou rigidez. Isto, por sua vez, torna a manipulação de objetos muito difícil ou impossível (SHERRILL, 2004). Contrações musculares fortes e exageradas são comuns, e em alguns casos os músculos continuam contraindo-se repetidas vezes (WINNICK, 2011). A espasticidade está associada a uma hiperatividade no reflexo de estiramento. Tal reflexo pode ser provocado, por exemplo, quando os músculos do antebraço anterior (flexores) são rapidamente estendidos, a fim de estender o punho. Quando isso acontece, os receptores que controlam o tônus nos músculos de estiramento reagem de forma exagerada, causando a contração de tais músculos (WINNICK, 2011).

Já nos membros inferiores ocorre a flexão do quadril, fazendo com que as coxas inclinem-se em direção à linha medial do corpo causando o cruzamento das pernas durante a marcha. As articulações dos joelhos também sofrem flexão devido à tensão dos músculos isquiotibiais e o tônus aumentado dos músculos gastrocnêmio e soleo, associado ao encurtamento do tendão de Aquiles, contribuem para uma excessiva flexão plantar dos pés. Tais padrões resultam na marcha em tesoura, que por sua vez ocasiona problemas de equilíbrio e nas atividades locomotoras. Por conta das contrações musculares e dos movimentos limitados, os indivíduos podem ter dificuldades também em correr, saltar e lançar objetos. Além disso, deficiência intelectual, convulsões e transtornos de percepção são mais comuns neste tipo de ECNPI (WINNICK, 2011).

A ECNPI atetósica é o segundo tipo mais comum de distúrbio motor (SHERRILL, 2004). É ocasionado devido a um dano no gânglio basal (massa cinzenta do cérebro) que resulta em um excesso de impulsos nervosos aos músculos, condição conhecida como atetose. Nesse tipo a tonicidade dos músculos tendem a flutuar de hipertônico para hipotônico, e tal flutuação afeta os músculos que controlam a cabeça, pescoço, membros e o tronco (WINNICK, 2011). A maioria das pessoas com este tipo de ECNPI apresentam quadriplegia e cerca de 25% dos casos de ECNPI tem a atetose como principal característica (SHERRILL, 2004). Uma dificuldade severa no controle da cabeça é perceptível, com a cabeça inclinada para trás e para um dos lados. Expressões faciais, língua protuberante e problemas em controlar a salivação

também são comuns, além de dificuldade para comer, beber e falar. Por conta da falta de controle de cabeça, a percepção visual é prejudicada, fazendo com que a pessoa com atetose possa vir a ter dificuldades em acompanhar movimentos rápidos feitos por outras pessoas (WINNICK, 2011).

Muitas pessoas com ECNPI do tipo atetósica utilizam cadeira de rodas, no entanto há pessoas que possuem controle motor suficiente para andar e sua marcha é tipicamente instável (SHERRILL, 2004). Além disso uma postura lordótica é comum. Em compensação a isso, os braços e ombros assumem uma posição para frente (WINNICK, 2011).

Já no tipo ataxia, o dano ocorre no cerebelo, parte do cérebro responsável pelo equilíbrio e os músculos de coordenação (WINNICK, 2011), e tem como característica a hipotonia (SHERRILL, 2004). A ataxia geralmente é diagnosticada assim que a criança começa a andar. Ao tentar andar, a criança é extremamente instável devido às dificuldades de equilíbrio e falta de coordenação necessária para os movimentos de braços e pernas, além disso, quedas são frequentes. Por fim, pessoas com um nível leve de ataxia são comumente consideradas “desajeitadas” por ter dificuldades com atividades motoras básicas, em especial atividades como correr e saltar (WINNICK, 2011).

Os estudos a respeito da incidência da ECNPI no Brasil são escassos, no entanto é possível fazer uma projeção do dimensionamento da ECNPI em países desenvolvidos a partir de dados desses países (LEITE; PRADO, 2004). Em países desenvolvidos a incidência da ECNPI varia de 1,5 a 5,9/1.000 nascidos vivos. Já em países em desenvolvimento há uma estimativa de 7/1.000 nascidos vivos (ZANINI et al., 2009). Uma possível causa para tal diferença de números seria uma carência quanto aos cuidados pré-natais as gestantes (BRASIL, 2013).

O desenvolvimento das crianças com ECNPI é atrasado em relação a seus pares sem deficiência. Pessoas com ECNPI exibem atrasos motores típicos pois possuem menos oportunidades e habilidades em se movimentar ou dificuldades em realizar tais movimentos (WINNICK, 2011).

2.2 DESENVOLVIMENTO MOTOR

O desenvolvimento motor se define por mudanças progressivas do comportamento motor ao longo da vida de um indivíduo. Tal desenvolvimento engloba adaptações contínuas às transformações nas capacidades de movimento de uma pessoa através de um esforço continuado para alcançar e manter o controle motor e a competência motora (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Sendo assim, o desenvolvimento motor não é um domínio específico e não ocorre necessariamente em uma fase exata da vida. Pelo contrário, alguns aspectos do desenvolvimento podem ser percebidos dentro de estágios, ou relacionados à idade, enquanto outros não podem. Além disso, a aquisição e manutenção da competência motora pode ser observada durante toda a vida (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

É preciso lembrar sempre de que o processo de desenvolvimento motor de um indivíduo está sempre ligado à sua individualidade. Cada pessoa tem o seu tempo para desenvolver-se e uma extensão para a aquisição de habilidades (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Para melhor visualizar tal processo de desenvolvimento, Gallahue criou a ampulheta do Modelo de Desenvolvimento Motor ao Longo da Vida, a qual oferece uma visão descritiva do desenvolvimento humano.

Vale salientar que tais idades são apenas parâmetros para os níveis de desenvolvimento. Tais períodos representam apenas fileiras de tempo aproximado em que os comportamentos mais frequentes são observados em crianças com um desenvolvimento normal, no entanto não se pode haver uma superconfiança em tais períodos, visto que cada indivíduo possui sua individualidade no processo desenvolvimentista. Já para as crianças com alguma deficiência, tais valores possuem pouco uso prático. (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Figura 1 – As fases do desenvolvimento motor



Fonte: GALLAHUE; DONNELLY, 2008.

Alguns fatores, no entanto, podem ser responsáveis por um atraso no desenvolvimento motor de uma criança. Fatores como doenças crônicas, deficiências e o próprio avanço cronológico são capazes de provocar uma diminuição das capacidades motoras das crianças. Porém, a medida que estas crianças se desenvolvem, elas são capazes de adquirirem o controle sobre os seus movimentos e, assim, sobreviverem com baixo nível de funcionamento motor (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Vale lembrar que o desenvolvimento motor sofre alterações contínuas durante a vida de uma pessoa. Dos seis aos 10 anos de idade, a coordenação melhora dramaticamente devido a uma melhor integração entre os sistemas motores e sensoriais (GALLAHUE; OZMUN, 2002).

Já em relação ao gênero, os estágios de desenvolvimento motor fundamentais e de habilidades da coordenação motora são diferentes entre meninos e meninas. Meninas tendem a ser mais eficientes em tarefas de

equilíbrio estático do que meninos de até sete ou oito anos, depois disso, ambos os sexos se nivelam por volta dos oito anos (DEOREO, 1971).

A hereditariedade é uma das responsáveis pela individualidade e pelas semelhanças em algumas áreas. Uma das semelhanças é a tendência do desenvolvimento humano acontecer de modo ordenado e previsível (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

2.3 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA – AMPLIADO E REVISTO (GMFCS E&R)

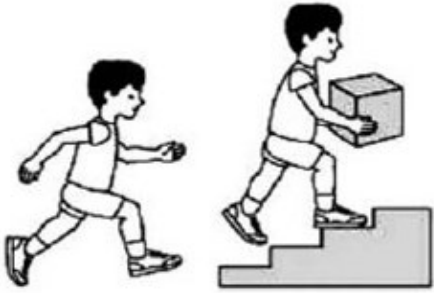
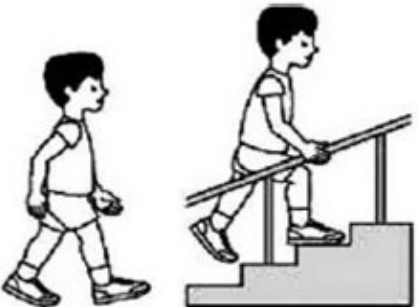
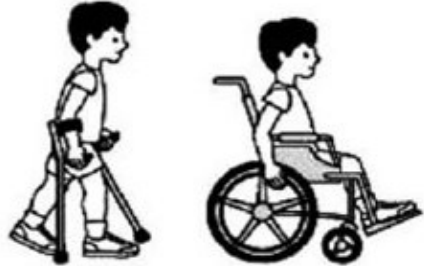
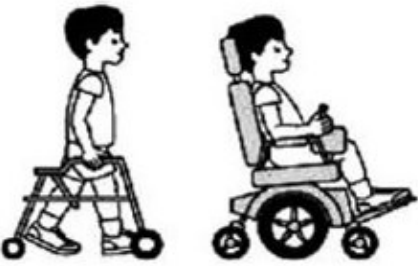
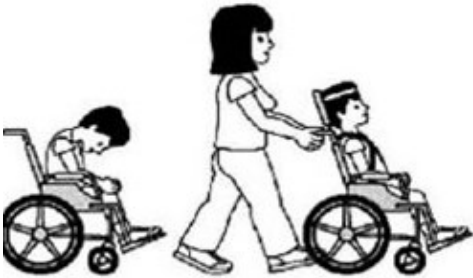
O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – Ampliado e Revisto (GMFCS-E&R) é um método de classificação para a função motora grossa de crianças com ECNPI com idades entre um e 18 anos. O GMFCS-E&R é um sistema com cinco níveis desenvolvidos para refletir diferenças na função motora grossa que são significantes no dia-a-dia da criança com ECNPI e de seus familiares, com ênfase no sentar e andar. A classificação é feita pela determinação do nível que melhor corresponde à função motora grossa da criança. As distinções entre os níveis do GMFCS-E&R são baseadas nas limitações funcionais, no uso de aparelhos de assistência na mobilidade (andadores, muletas, bengalas), uso de mobilidade sobre rodas, e em um menor grau, na qualidade do movimento. Descrições separadas são fornecidas para crianças em quatro grupos de idade: menores de 2 anos, de 2 a 4 anos, de 4 a 6 anos, de 6 a 12 anos e de 12 a 18 anos (PALISANO, et al., 2007).

Desta forma podemos dizer que, uma criança de três anos de idade classificada no nível I consegue andar, sentar e levantar e se movimentar sem o auxílio de qualquer aparelho de locomoção. Já no nível II, a criança anda com o auxílio de aparelhos de locomoção e podem apresentar dificuldades de equilíbrio quando ambas as mãos estão livres. No nível III, pode andar por distâncias curtas utilizando aparelhos de locomoção e sente a necessidade de auxílio de um adulto para direcioná-la e girá-la, além disso, mantém-se sentada no chão, geralmente com os membros inferiores na posição de W (sentar entre os quadris e os joelhos em flexão e rotação interna). No nível IV, sua locomoção em distâncias curtas se dá através do rolar, rastejar ou engatinhar sobre as mãos e joelhos sem a alternância das pernas. Ao ser colocada

sentada no chão, não é capaz de manter o alinhamento e equilíbrio sem o uso das mãos como apoio. E no nível V, a criança não consegue se locomover se modo independente. Necessita sempre ser transportada e somente algumas crianças conseguem realizar a sua locomoção através de cadeira de rodas motorizada. Além disso, todas as suas áreas de função motora são limitadas e seu controle voluntário do movimento e a capacidade de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco são restringidas. (PALISANO et al. 2007).

Tais níveis podem ser observados na Figura 2 abaixo.

Figura 2: Níveis segundo o teste GMFCS

	<p>Nível I Marcha independente sem limitações (domicílio e comunidade) Pula e corre Velocidade, coordenação e equilíbrio prejudicados</p>
	<p>Nível II Anda no domicílio e na comunidade com limitações mesmo para superfícies planas Anda de gato em casa Dificuldade para pular e correr</p>
	<p>Nível III Anda no domicílio e na comunidade com auxílio de muletas e andadores Sobe escadas segurando em corrimão Depende da função dos membros superiores para tocar a cadeira de rodas para longas distâncias</p>
	<p>Nível IV Senta-se em cadeira adaptada Faz transferências com a ajuda de um adulto Anda com andador para curtas distâncias com dificuldades em superfícies irregulares Pode adquirir autonomia em cadeira de rodas motorizada</p>
	<p>Nível V Necessita de adaptações para sentar-se É totalmente dependente em atividades de vida diária e em locomoção Podem tocar cadeira de rodas motorizada com adaptações.</p>

Fonte: PALISANO, 2007

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Essa pesquisa do tipo estudo de caso com abordagem exploratória descritiva e longitudinal, aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o processo nº 911/10. Pesquisas descritivas de acordo com Gil (2008) têm por “objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Portanto, nesse tipo de pesquisa o pesquisador analisa e descreve os dados coletados sem interferir nos resultados. A responsável pelo participante assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

3.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O contexto do estudo foi um programa extracurricular de atividade motora adaptada oferecido por uma instituição de ensino superior pública localizada na cidade de Florianópolis (SC).

Este programa recebe o nome de AMA – Programa de Atividade Motora Adaptada e é realizado no Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina com o intuito de formação de profissionais para o trabalho com pessoas com deficiências, além de servir à pesquisa e à extensão desde o ano de 1995 (ZUCHETTO, 2008).

O programa tem o objetivo de oferecer atividades desenvolvimentistas, jogos, ritmos adequados aos interesses, capacidades e possibilidades aos estudantes com deficiências que não podem se engajar na participação irrestrita, segura e bem sucedida, de atividades vigorosas de um programa de educação física geral (ZUCHETTO, 2008).

As atividades acontecem gratuitamente em dois encontros semanais sendo uma hora de atividades no solo e uma hora de atividades na água. As aulas são ministradas pelos acadêmicos da 4ª fase do curso de Licenciatura em Educação Física/UFSC e acadêmicos da 6ª fase do curso de Bacharelado

em Educação Física/UFSC matriculados na disciplina Educação Física Adaptada (ZUCHETTO, 2008).

O AMA foi criado a partir da necessidade de um aprofundamento do ensino da disciplina de Educação Física Adaptada do curso de Educação Física oferecido pela UFSC, visto que apenas aulas teóricas não seriam suficientes para que os acadêmicos saíssem preparados para trabalhar com pessoas com deficiência (ZUCHETTO, 2008).

3.3 DESCRIÇÃO DO PARTICIPANTE

A escolha do participante foi intencional por se tratar de uma criança do sexo feminino com deficiência física do tipo encefalopatia crônica não progressiva da infância atetósica, participante assídua do Programa de Atividade Motora Adaptada e diagnosticada com um ano e dois meses de idade, por um neurologista. A causa foi anoxia neonatal, condição em que o fluxo sanguíneo é lento demais para que consiga garantir a oxigenação do cérebro, podendo causar danos nos rins, coração e cérebro (GANONG, 1985).

Desde o diagnóstico frequenta uma equipe multiprofissional para atendimentos especializados e escola pública inclusiva. Iniciou no programa extracurricular de atividade motora adaptada aos três anos e dois meses e permaneceu até os cinco anos e seis meses. Suas características anteriores ao seu ingresso no programa foram adquiridas através de uma entrevista com a mãe.

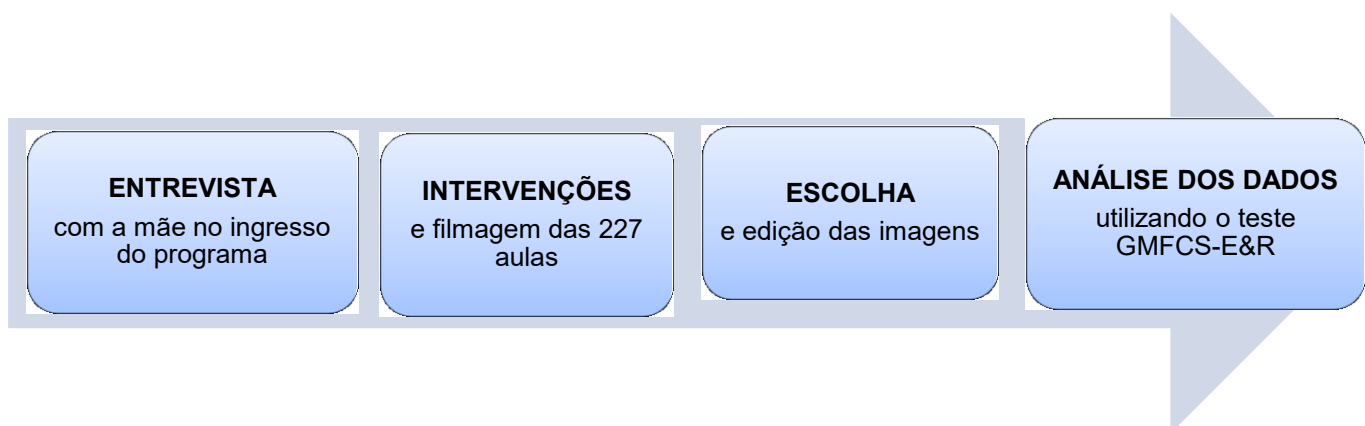
3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para dar início à coleta de dados, a mãe da criança assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1) e uma entrevista (Anexo 2) previamente estruturada e realizada ao ingresso e depois a cada semestre de participação da criança no programa foi realizada a fim de obter os dados da criança e o contexto em que estava inserida. Após isso, os dados foram coletados através de filmagens de 227 sessões do programa de Atividade Motora Adaptada previamente planejadas e ministradas por alunos do curso de Educação Física. Das quais 14 dessas aulas foram selecionadas, baseadas

nos pré-requisitos de: a criança estar presente e conter atividades que envolvessem as habilidades citadas pelo teste. Posteriormente, as imagens foram editadas e delas foram retiradas pequenas cenas a fim de facilitar a análise do desenvolvimento da criança.

Sendo assim, a pesquisa foi dividida nas seguintes etapas: 1) entrevista com a mãe da criança; 2) intervenções / filmagem das aulas; 3) escolha e edição das imagens; 4) análise dos dados através do teste GMFCS-E&R.

Figura 3 – Etapas da pesquisa.



Fonte: Autoria própria (2016).

3.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados o teste GMFCS-E&R – Sistema de Classificação Motora Grossa Ampliado e Revisto criado por Palisano et al (2007) a fim de analisar e classificar o desenvolvimento motor da criança e uma entrevista previamente estruturada realizada com a mãe da criança.

3.5.1 Teste GMFCS-E&R

Para análise e classificação do desenvolvimento motor da criança foi utilizado o teste GMFCS-E&R – Gross Motor Function Classification System – Expanded and Revised (PALISANO et al, 2007). Consiste em um sistema de

classificação da função motora grossa de crianças e adolescentes com ECNPI. É dividido por faixas etárias e os níveis de classificação variam do I ao V.

3.5.2 Filmagem das aulas

Todas as aulas no programa AMA são filmadas. Segundo Everston e Green (1988) filmagens são capazes de “gravar e congelar segmentos da vida e os aspectos cotidianos”. Além disso, permite o registro permanente do ocorrido para que em seguida possa se fazer o registro cursivo, e a trajetória desenvolvendo se realiza retrospectivamente (WITTROCK, 1988).

Ao longo dos três anos de análises, foram ministradas um total de 227 aulas, sendo 141 aulas no solo e 86 aulas na piscina. A frequência da criança foi de 138 aulas, sendo 85 no solo e 53 na piscina.

Os equipamentos utilizados para as filmagens foram: um tripé, uma câmera filmadora, uma bateria recarregável e um cartão de memória. As imagens foram baixadas, convertidas, gravadas em DVD e editadas para que pudessem ser feitas as observações.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados de forma descritiva e qualitativa, levando em consideração as filmagens das sessões. Com base nas imagens selecionadas, foi utilizado o teste GMFCS-E&R para a classificação dos níveis da criança em relação ao seu desenvolvimento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados da entrevista feita com a mãe da criança assim como os dados relativos à sua trajetória de desenvolvimento durante os três anos de participação no programa AMA.

4.1 AO NASCER

Quando nasceu, sua mãe estava com 39 anos. A gravidez ocorreu normalmente, sem intercorrências. No entanto, ao realizar uma consulta do pré-natal, a mãe foi avisada de que já estava sem líquido amniótico e o bebê estava em sofrimento fetal (com frequência cardíaca de 19 bpm) e assim, foi submetida a uma cesariana de emergência. No momento do parto a criança sofreu uma parada respiratória, sendo reanimada imediatamente.

4.2 DO NASCIMENTO AO AMA (DOS SEIS MESES AOS TRÊS ANOS DE IDADE)

Informações dadas pela mãe da criança no momento da entrevista.

Até os seis meses de idade não respondia a estímulos, permanecia sempre deitada, até mesmo no colo. Não possuía controle de cabeça. Respondia apenas quando estimulada. Deitada, não mudava de posição enquanto dormia. Aos seis meses foi levada ao médico, pois a mãe observou alterações em seu desenvolvimento, no entanto o médico disse que estava tudo normal. Aos onze meses a mãe a levou novamente ao médico para uma consulta completa e este a encaminhou ao um neurologista, pois a criança ainda não possuía controle de cabeça nem de tronco e precisava de melhor avaliação.

Com um ano e dois meses realizou exames neurológicos e constataram-se alterações na substância branca do cérebro, o que poderia estar relacionado a um evento hipóxico-isquêmico perinatal (fator que determina a anoxia). A partir de então, a mãe iniciou uma busca por onde e como estimulá-la de forma a melhorar seu desenvolvimento. Do primeiro ao terceiro ano de idade realizava atividades de estimulação precoce na APAE duas vezes por semana

com atendimentos individuais de quarenta minutos, com o acompanhamento de profissionais como professora, pedagoga, fisioterapeuta e fonoaudióloga.

Com um ano e onze meses já respondia a estímulos, brincava e tentava segurar objetos. Aos dois anos iniciou a marcha com auxílio, e aos dois anos e meio conseguiu permanecer sentada sem apoio. Mantinha-se de bruços, no entanto, ainda sem o controle de cabeça. Aos três anos iniciou o controle de cabeça quando deitada, além disso, se movia quando colocada de bruços, tentava se colocar em posição de engatinhar, sentava sozinha, brincava com outras crianças, batia pernas na piscina, se alimentava sozinha e pronunciava poucas palavras.

No início sua linguagem se dava através de sinais e expressões faciais, além de pronunciar palavras simples. Identificava objetos e suas funções, os meios de transporte e os animais. Realizava atividades com massa de modelar e pintura, sempre com auxílio da professora. Identificava pessoas de seu convívio social e diferenciava as partes do corpo.

No decorrer de seus atendimentos fonoaudiológicos, era estimulada na questão da linguagem compreensiva, linguagem expressiva, iniciativa de comunicação, assim como as alterações de lábio, língua, bochechas que se encontravam com leve hipotonia, postura de respiração, mastigação e deglutição.

Por outro lado, para Flehming (1987) as sessões de fisioterapia devem ser inseridas precocemente e de forma orientada para o desenvolvimento da criança. Além disso, deve ser adaptada a cada indivíduo.

Portanto os atendimentos fisioterapêuticos realizados com a criança tinham por objetivos: promover a aquisição de novas etapas do desenvolvimento motor através de estímulos e vivências, com o incentivo ativo a mudanças de posições como: rolar, sentar, sentar de lado, postura de quatro apoios, assim como facilitar o controle de cabeça e de tronco, e estimular o uso dos membros superiores.

Ao longo de sua participação observou-se uma boa evolução em relação ao desenvolvimento motor. A criança adquiriu novas habilidades motoras, ficou mais ativa, realizando movimentos de mudança de posições sem auxílio, assim como melhorou também as transferências em membros superiores e inferiores.

Um ano após ingressar nas atividades de estimulação precoce, a criança apresentou progressos notáveis, como tentar sentar sozinha com as mãos apoiadas ao lado do corpo, rolar, arrastar-se em decúbito ventral, atividades as quais necessitava de auxílio anteriormente. Já com auxílio de uma das profissionais conseguia passar para a posição de quatro apoios e de joelhos, permanecendo mais tempo em tais posições. Também com auxílio, engatinhava por alguns instantes, porém tendia a deitar. Quando sentada para realizar atividades, permanecia sem apoio para as costas e com os membros inferiores em extensão. Já para ficar em pé, utilizava mecanismos como apoio e quando de mãos dadas com a terapeuta e na barra paralela, conseguia dar alguns passos para frente.

4.3 A CHEGADA E A PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA AMA

Pessoas com deficiências possuem restrições maiores em relação à prática de atividades físicas do que comparadas a seus pares sem deficiência (LAW et al., 2006; VOORMAN et. al). Essas restrições estão associadas às alterações funcionais e estruturais do corpo e, por isso, as pessoas com deficiência devem realizar mais atividades físicas do que a população geral, a fim de compensar tais restrições (RIMMER, 2001; MORRIS et al., 2006).

Portanto, as atividades motoras para crianças com deficiência são capazes de proporcionar benefícios neuromusculares, orgânicos e interpretativos, além de interferir de forma positiva nas habilidades sociais e emocionais, proporcionando melhoras na autoestima (BATAGLION & ZUCHETTO, 2014).

A criança chegou ao AMA com três anos e dois meses de idade. Logo chamou a atenção de todos com sua beleza e simpatia. As primeiras aulas foram difíceis, pois chorava muito pedindo pela mãe. No entanto, no decorrer das semanas, foi se acostumando com o ambiente, com os acadêmicos e com as outras crianças, e logo se adaptou.

No início do semestre já caminhava, porém necessitava sempre do auxílio do acadêmico que a acompanhava, segurando suas mãos para que evitasse quedas, já que ainda não possuía controle de cabeça e de tronco e tinha dificuldades de equilíbrio. Andava na ponta dos pés e quando ficava

empolgada e tentava correr ou se movimentar rapidamente, as características atetósicas ficavam ainda mais evidentes.

Tais características da ECNPI atetósica podem ser vistas como movimentos involuntários e incontroláveis (espasmos) de grupos musculares da face e dos quatro membros (SALTER, 1981). Por esse motivo se torna tão difícil para a criança realizar movimentos que exijam muito esforço.

Quando colocada sentada, permanecia sozinha, porém com dificuldades em manter a postura devido à falta de controle de tronco e cabeça. Não conseguia sentar ou levantar sozinha e conseguia subir e descer degraus alternando os pés, mas sempre com auxílio. Ao arremessar uma bola, não possuía força suficiente para lançá-la a uma grande distância, além disso, perdia o equilíbrio facilmente quando realizava o movimento de lançar.

Em atividades com bolas ou outros objetos, necessitava de adaptações como aproximar o alvo e utilizar objetos mais leves e menores. Quando colocada sentada, tendia a sentar na posição em W (sentar entre os quadris e os joelhos em flexão e rotação interna), além disso, o engatinhar era bastante lento, com as mãos fechadas sobre o solo e pouca alternância de pernas.

Possuía total compreensão dos comandos e brincadeiras. Quanto à linguagem, pronunciava poucas palavras durante as aulas, e quando falava, era sempre bastante devagar e em baixo tom.

No segundo semestre deste mesmo ano, a criança continuava com a maioria das características anteriores. Ainda não possuía o controle de cabeça e tronco e continua sentando em W. Deitava-se de bruços e conseguia voltar à posição sentada sozinha e ainda caminhava na ponta dos pés. Seu engatinhar era lento, com as mãos fechadas e com muitas dificuldades em alternar as pernas, tendendo a arrastá-las juntas. Quando colocada deitada no chão, conseguia rolar sozinha, com os braços acima da cabeça, a fim de inibir o padrão patológico da ECNPI. Nesse semestre, começou a utilizar um lenço como suporte para andar. O adulto responsável por ajudá-la passava o lenço por baixo dos seus braços, na altura do peito, e o segurava atrás, de modo a dar sustentação ao tronco da criança.

Segundo Gallahue (2008), nessa faixa etária a criança já é capaz de correr; saltar; arremessar sem movimentar os pés do chão; alcançar bolas

aéreas; ter reações de proteção; chutar com pouco movimento do corpo; caminhar sobre uma linha reta.

Analisando a criança em relação ao teste GMFCS-E&R (Palisano et al, 2007), dentro da faixa etária entre o segundo e o quarto aniversário, a criança encontrava-se com características dos níveis II e III. As características do nível II englobam sentar-se no chão, porém com dificuldades de equilíbrio quando as duas mãos estão livres; engatinhar sobre mãos e joelhos alternando pernas; e utilizar auxílios para ficar de pé e em posição estável, assim como para andar.

Já as características do nível III englobam manter-se sentada geralmente em posição de W; necessitar da ajuda de um adulto para colocá-la sentada; andar com auxílio de um adulto.

Como exemplificação desta etapa de desenvolvimento da criança, é possível descrever algumas situações observadas durante as atividades.

Situação 1: Enquanto aguardava a próxima atividade, a criança teria que andar de um lado ao outro da sala. Para isso, a acadêmica que a estava auxiliando a segurava pelas mãos, no entanto a criança ainda assim tendia a impulsionar o corpo para frente. Contudo era notável que estava animada com a atividade, e assim que chegou ao outro lado da sala, sentou-se em um step no chão, porém, para isso, a acadêmica teve que auxiliá-la para mudar o corpo de direção e para sentar. Além disso, enquanto sentada não conseguiu manter uma postura ereta.

Situação 2: Na atividade com balões, era pedido para que ela o jogasse para cima. Assim, estava em pé, porém apoiada nas pernas da acadêmica, que estava atrás dela e segurando uma de suas mãos, já que na outra estava o balão. Ao realizar o movimento de impulsionar o balão para cima, movimentava o corpo todo, ficando na ponta dos pés para conseguir ter mais impulso. Além disso, no momento em que teve que pegar o balão no chão, a acadêmica a segurou pela cintura, para que conseguisse se abaixar e alcançar o balão sem perder o equilíbrio.

Situação 3: A atividade era uma música com coreografia, já conhecida pelas crianças. Durante a música as crianças deveriam apontar para as partes do corpo (cabeça, ombro, joelho e pé). Realizaram a atividade sentados, apenas cantando e fazendo os gestos com as mãos. A criança em questão mostrava claramente que sabia a música e a coreografia, no entanto, devido

aos seus movimentos lentos, não conseguia acompanhar o resto dos colegas, mas em nenhum momento desistiu da atividade, pelo contrário, sorriu e comemorou quando todos terminaram de cantar.

Tais movimentos lentos e descoordenados fazem parte das características da ECNPI atetósica, assim como as dificuldades na fala e na deglutição (SALTER, 1981) perceptíveis quando ela tenta se comunicar ou cantar.

Em seu segundo ano de participação no programa, agora com quatro anos de idade, ainda caminhava com auxílio de um adulto, porém estava conseguindo aos poucos o controle de cabeça e tronco. Rolava sozinha. Subia e descia degraus com auxílio. Quando andava, tendia a ficar com os braços flexionados e a cabeça baixa, a fim de conseguir melhor equilíbrio. Quando levantava a cabeça ou movimentava os braços, perdia o equilíbrio facilmente. Não andava mais todo o tempo na ponta dos pés, isso ocorria geralmente quando queria correr ou realizar atividades mais agitadas. Tinha dificuldades em mudar de direção enquanto caminhava, necessitando do auxílio do adulto para movimentá-la.

No segundo semestre deste ano adquiriu maior controle de cabeça e tronco, porém ainda necessitava do auxílio para andar e ficar de pé devido à falta de equilíbrio. Começou a utilizar um andador para se locomover, conseguindo se segurar e o impulsionar para frente, no entanto tinha dificuldades em mudar de direção, necessitando de auxílio. Com o andador, o corpo tendia a ficar inclinado para frente e a marcha ainda não possuía firmeza o suficiente. Não andava mais nas pontas dos pés, apenas em momentos de corrida. Sua marcha ainda era lenta e tendia a cruzar as pernas enquanto anda. Sua fala continuava lenta.

Segundo Gallahue (2008), para essa faixa etária é esperado que a criança já seja capaz de subir e descer escadas sozinha; correr sem apoio; pular de uma altura com os dois pés; posicionar uma perna a frente quando for arremessar; possui reações de medo (virar o rosto); consegue caminhar sobre uma linha.

Analisando a criança em relação ao teste GMFCS-E&R (Palisano et al, 2007), dentro da faixa etária entre o quarto e o sexto aniversário, ela

permanece entre os níveis II e III, pois possui características de ambos. Consegue se sentar em uma cadeira comum com as mãos livres para manipular objetos (nível II); sai da posição sentada para a em pé sozinha, porém necessita de auxílio para impulsionar-se (nível III); anda com o auxílio de um dispositivo de mobilidade ou ajuda de um adulto e é frequentemente transportada por um adulto quando tem que percorrer grandes distâncias (nível III).

Como exemplo de seu desenvolvimento neste segundo ano é possível citar as seguintes situações:

Situação 1: A atividade pedia para que cada criança andasse sobre uma fileira de steps no chão, como um “desfile”. Na vez da criança em questão, auxiliada por um acadêmico, esta realizou toda a atividade alegremente. Seu andar era lento, os braços estavam flexionados e as mãos fechadas, e tendia em andar com a cabeça abaixada (olhando para os pés). No momento em que lhe foi pedido para levantar a cabeça, teve um pequeno desequilíbrio e logo foi auxiliada pelo acadêmico que a acompanhava. Terminou a atividade sorrindo e feliz, com os demais colegas comemorando o seu “desfile”.

Situação 2: A atividade consistia em um pequeno circuito em que deveria andar sobre um banco sueco inclinado, descer alguns steps e pular no trampolim ao final. Auxiliada por dois acadêmicos, andou pelo banco sueco lentamente e ainda com a cabeça baixa. Ao descer os degraus, tendia em inclinar o corpo para frente. Quando colocada no trampolim, mostrava muita vontade de pular, no entanto, não possuía impulso o suficiente com os membros inferiores. Ainda assim, realizou todas as atividades alegremente.

Em seu terceiro ano de participação, com cinco anos de idade, ainda caminhava com auxílio de um adulto e utilizava o lenço na hora das atividades para que conseguisse realizá-las de forma mais livre. Andava de lado com auxílio, porém tendia a cruzar as pernas. Melhorou ainda mais o controle de cabeça e tronco. Já não andava mais na ponta dos pés mesmo quando queria correr, no entanto tendia a inclinar o corpo para frente no momento da corrida e perdia o equilíbrio facilmente. Ainda não conseguia saltar.

No segundo semestre deste ano conseguiu adquirir o controle de cabeça e tronco. Para se deslocar, conseguia usar o andador com maior firmeza e para realizar as atividades e brincadeiras, bastava o auxílio de um adulto lhe dando suporte para que não se desequilibrasse. Possuía uma melhor postura, mais alinhada e firme, devido ao controle de tronco e cabeça. Consequia engatinhar alternando as pernas e braços e com as mãos abertas sobre o solo.

Para Gallahue (2008), nessa faixa etária a criança já é capaz de ter uma corrida eficaz de refinada, além de conseguir aumentar a velocidade; pular com os dois pés à uma certa distância; saltar diversas vezes com o mesmo pé e de forma mais rápida; quando arremessar, coloca a perna correspondente ao braço de arremesso a frente; pega bolas pequenas apenas com as mãos; executar rolamentos para frente; se equilibrar em apenas um dos pés por três a cinco segundos.

A respeito de sua classificação segundo o teste GMFCS-E&R (Palisano et al, 2007) a criança se manteve nos mesmos padrões do ano anterior.

Como exemplos de seu desenvolvimento durante este ano, cito alguns acontecimentos ocorridos durante as aulas:

Situação 1: Em uma atividade de circuito (pegar um objeto, caminhar sobre cordas, entregar o objeto para um colega) a criança entendeu perfeitamente o que deveria ser feito e a realizou calmamente e com empolgação, demonstrando vontade em repeti-la. Em seguida, a atividade pedia para que a criança passasse por baixo de uma corda, e ela logo se empolgou e se ofereceu para ser a primeira da turma. Após isso, a atividade contava com três cordas em diferentes alturas, sendo que em cada uma delas a criança teria que passar em pé, depois engatinhando e por última sentada, arrastando-se. No momento de engatinhar a criança não teve problemas, realizando a atividade rapidamente, com um engatinhar correto com alternância de pernas e braços. No entanto, ao ter que se movimentar sentada, ela teve grandes dificuldades, levando bastante tempo para terminar a atividade. Em seguida, a atividade pedia para que ela passasse por cima das cordas, e a criança levantava os joelhos e impulsionava-se, demonstrando vontade de saltar por cima das cordas, porém tinha muitas dificuldades nesse movimento.

Situação 2: Em outra atividade, era pedido para pisasse dentro de arcos no chão. A criança conseguiu realizar a atividade, sempre animada e querendo

ficar perto de colegas. No entanto, quando deveria saltar para dentro ou fora dos arcos, elevava os joelhos alternadamente, porém não tinha impulso suficiente para realizar o salto.

Situação 3: Ao final da aula, todos se sentaram no chão para cantar uma música com coreografia e ela, por conta dos movimentos lentos característicos da ECNPI atetósica, não conseguiu acompanhar todos os movimentos pedidos na música, porém manteve-se alegre todo o tempo.

Para todas as atividades ela precisou do auxílio do acadêmico que a acompanhava, para os momentos de caminhar, correr, saltar e sentar e levantar.

4.4 INVENTÁRIO DA ROTINA DIÁRIA DA CRIANÇA

Para melhor entender o desenvolvimento da criança, é preciso levar em consideração o contexto em que ela está inserida, sua rotina diária, assim como a importância da família para que tenha o desenvolvimento adequado.

Segundo Silva e Dessen (2001), a família é o primeiro mundo de relações sociais de uma criança, e é a família que pode lhe proporcionar um ambiente de crescimento e desenvolvimento, especialmente para crianças com deficiência. Assumpção (1993) apud Lopes, Kato e Corrêa (2002) afirma que, uma família é como um sistema e, portanto, qualquer mudança em um de seus integrantes afeta todos os demais. Os problemas de uma família com uma criança com deficiência são intensificados pelos tantos pré-requisitos, pelas necessidades e pelas atitudes que lhe são impostos devido à deficiência.

Para Fiamenghi e Messa (2007) a participação das crianças em grupos de intervenção e em programas de auxílio podem ajudar muito os pais, pois auxiliam no aumento de informações e de recursos de enfrentamento e adaptações, pois conseguem compartilhar suas vivências e realidades com outros pais que possuem casos parecidos aos seus.

Como já citado anteriormente, a mãe da criança possuía 39 anos de idade quando sua filha nasceu. Com os problemas no momento do parto e posteriormente o diagnóstico de ECNPI, a mãe estava decidida a procurar todos os meios de estimulação possíveis para o desenvolvimento de sua filha.

As crianças com ECNPI necessitam de uma ação combinada de profissionais de diferentes áreas como pediatra, neurologista, cirurgião ortopedista, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, professor, entre outros (SALTER, 1981).

Sendo assim, a criança realizou desde muito cedo diversos programas de estimulação com equipes multiprofissionais, sendo eles: APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), fisioterapia, fonoaudiologia, atividade motora adaptada, equoterapia, hidroterapia, além de estar matriculada em uma instituição de ensino inclusiva.

Desde o nascimento até agora, a família procurou possibilitar a criança o atendimento necessário para o seu completo desenvolvimento.

Para melhor visualização da rotina da criança, segue tabela com os programas que participava e a frequência semanal, do seu primeiro ao quinto ano de idade:

Tabela 1: A rotina da criança.

ANO	IDADE	ATIVIDADES	FREQUÊNCIA SEMANAL
2012	1 ano	Fisioterapia	1x
		Fonoaudiólogo	1x
2013	2 anos	Centro de Educação Infantil	5x
		Fisioterapia	1x
		Fonoaudiólogo	1x
		Equoterapia	2x
2014	3 anos	Centro de Educação Infantil	5x
		Fisioterapia	1x
		Fonoaudiólogo	1x
		Equoterapia	1x
		AMA/UFSC	2x
2015	4 anos	Centro de Educação Infantil	5x
		Fisioterapia	2x
		Fonoaudiólogo	1x
		Equoterapia	1x
		AMA/UFSC	2x
2016	5 anos	Centro de Educação Infantil	5x
		Fisioterapia	1x
		Fonoaudiólogo	1x
		Equoterapia	1x
		Hidroterapia	1x
		AMA/UFSC	2x

Podemos observar na Tabela 1 que no ano de 2012, com um ano de idade, a criança iniciou os atendimentos de fisioterapia e fonoaudiologia por indicação do neurologista. A fisioterapia nesta fase inicial é de suma importância, pois segundo a Resolução nº 08/78 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional diz que a fisioterapia constitui:

“A execução de métodos e técnicas que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária; além de ministrar terapia física que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano, por meio de relaxamento muscular, de correção de vício postural entre outros e determinando o segmento do corpo a ser submetido ao exercício, a modalidade do exercício a ser aplicado e a respectiva intensidade.” (COFFITO, 1978)

Além disso, é papel da fisioterapia proporcionar o fortalecimento muscular, postural e de membros; o equilíbrio; o treino ortostático (ficar em pé); a dissociação de cinturas e a independência funcional (BATAGLION, 2016) a fim de objetivar o desenvolvimento da criança.

Na fisioterapia são utilizados geralmente três métodos, sendo eles: o método de Bobath, em que se baseia na inibição dos reflexos primitivos e dos padrões patológicos de movimentos. O método de Phelps, o qual se baseia na habilitação por etapas dos grupos musculares, até chegar à independência motora e a praxias complexas. E o método de Kabat, que se baseia na utilização de estímulos proprioceptivos facilitadores das respostas motoras, partindo de respostas reflexas e chegando à motricidade voluntária (ROTTA, 2002).

É sabido, por meio de entrevista com a mãe, que a criança em questão utilizou o método Bobath de fisioterapia por se tratar do principal tratamento clínico para crianças com ECNPI.

Já a fonoaudiologia, segundo o Art. 4º da Lei Nº 6.965 do Conselho Federal de Fonoaudiologia possui a competência de:

- a) desenvolver trabalho de prevenção no que se refere à área da comunicação escrita e oral, voz e audição;
- b) participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;

- c) realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;
- d) realizar o aperfeiçoamento dos padrões da voz e fala;
- e) colaborar em assuntos fonoaudiológicos ligados a outras ciências;
- f) projetar, dirigir ou efetuar pesquisas fonoaudiológicas promovidas por entidades públicas, privadas, autárquicas e mistas;
- g) lecionar teoria e prática fonoaudiológicas;
- h) dirigir serviços de fonoaudiologia em estabelecimentos públicos, privados, autárquicos e mistos;
- i) supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Fonoaudiologia;
- j) assessorar órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, privados ou mistos no campo da Fonoaudiologia;
- l) participar da Equipe de Orientação e Planejamento Escolar, inserindo aspectos preventivos ligados a assuntos fonoaudiológicos;
- m) dar parecer fonoaudiológico, na área da comunicação oral e escrita, voz e audição;
- n) realizar outras atividades inerentes à sua formação universitária pelo currículo. (CFFA, 1981)

Nas sessões de fonoaudiologia dadas à criança trabalharam-se as suas cinco áreas de abrangência, tais como: a linguagem e a fala; a audição; a voz; a disfagia e a motricidade.

No ano seguinte houve modificações na proposta de intervenção e o centro de educação infantil entrou como um fator novo, sugerido também pela equipe multiprofissional que a acompanhava, e reforçados pela proposta de inclusão conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 e também com a Convenção da Guatemala de 2001, a qual define que:

“A discriminação como toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, ou em seus antecedentes, consequências ou percepções, que impeçam ou anulem o reconhecimento ou exercício, por parte das pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais” (BRASIL, 2001).

Sendo assim, garantindo o direito à educação a todas as crianças, inclusive à criança com deficiência, oportunizando o seu desenvolvimento integral.

A Equoterapia surgiu como mais uma opção de intervenção. Trata-se de um método terapêutico que utiliza cavalos com uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, e busca o desenvolvimento biopsicossocial das pessoas com deficiência (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 2016).

Este programa de intervenção utiliza o cavalo como agente promotor de ganhos a nível físico e psíquico, exigindo a participação do corpo inteiro, assim, colaborando para o desenvolvimento da força muscular, relaxamento, conscientização do próprio corpo e aperfeiçoamento da coordenação motora e do equilíbrio (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 2016).

Além disso, em 2016 iniciou as sessões de hidroterapia, realizadas por um fisioterapeuta especializado em Fisioterapia Aquática que, segundo o Parágrafo único da Resolução nº 443/2014 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional diz que:

“Para todos os efeitos, considera-se como Fisioterapia Aquática a utilização da água nos diversos ambientes e contextos, em quaisquer dos seus estados físicos, para fins de atuação do fisioterapeuta no âmbito da hidroterapia, hidrocinesioterapia, balneoterapia, crenoterapia, cromoterapia, termalismo, duchas, compressas, vaporização/inalação, crioterapia e talassoterapia.” (COFFITO, 2014).

Sendo assim, a hidroterapia consiste em utilizar recursos de uma piscina adequada para este fim com medidas, profundidade, temperatura, ambiente externo e o mais importante, com o profissional especializado na atividade, ou seja, um fisioterapeuta (FISIOTERAPIA, 2016).

O ingresso no programa AMA, também recomendado pela equipe multiprofissional, foi importante pois as atividades motoras adaptadas (ou educação física adaptada) se trata de um programa especializado de atividades motoras, padrões motores fundamentais e habilidades para esportes aquáticos e dança, além de jogos e esportes individuais e coletivos, elaborados para atender as necessidades individuais da pessoa (ZUCHETTO, 2008). Além disso, envolve também processos de compreensão, interpretação, geração e transformação de informação subjacente ao comportamento (ZUCHETTO, 2008).

Cada pessoa desenvolve-se dentro de um ambiente ou contexto específicos limitados por tempo e lugar. O desenvolvimento normal inclui uma ampla gama de diferenças individuais. Cada pessoa é um indivíduo distinto. O que é certo é que algumas influências sobre as diferenças individuais são inatas. Outras são oriundas das experiências.

Os pais tem papel fundamental para o desenvolvimento de seus filhos, e é por conta disso que sua presença é importante. São eles que devem estimular os filhos desde os primeiros dias, fazendo com que se sintam felizes, despertando sensações agradáveis, interessantes, e sempre respeitando os seus limites (ZUCHETTO et al 1994; OLIVIER e ZUCHETTO, 1997).

Sendo assim, por acreditar que quanto mais variadas e frequentes fossem as atividades melhor e mais rapidamente seriam atingidos os marcos de desenvolvimento, a busca incansável da mãe por recursos terapêuticos possibilitou à criança o acesso a serviços disponíveis que favoreceram o seu desenvolvimento.

As formas de acesso para todas as atividades foram sempre solicitadas na Prefeitura Municipal, fazendo com que conseguissem o direito de utilizar um transporte oferecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para que pudessem ir e voltar dos locais de atendimento. Todos os tratamentos foram gratuitos vinculados ao SUS e a instituições de ensino públicas e privadas, garantindo sempre a gratuidade das atividades. Vale destacar que o único recurso financeiro da mãe (responsável pela criança) provém do BPC/LOAS – Benefício da Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social, ou seja, uma quantia equivalente a um salário mínimo mensal dado ao cidadão com deficiência física, intelectual ou sensorial de longo prazo, que o impeça de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em iguais condições às demais pessoas (ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2015).

5 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o desenvolvimento motor de uma criança com encefalopatia crônica não progressiva da infância, assim como seu inventário de rotina diária durante o período do seu primeiro ano aos cinco anos de vida.

Com isso, foi possível constatar que, com base no teste GMFCS-E&R, a criança não obteve uma melhora significativa nas suas funções motoras, pois durante os três anos de sessões de atividade motora adaptada, a mesma não evoluiu nos níveis propostos pelo texto.

No entanto, ao longo do estudo, foi perceptível a grande melhora da criança em relação ao seu controle de cabeça e de tronco. Além disso, conseguiu evoluir na qualidade de movimentos como a marcha, não ficando mais nas pontas dos pés. No equilíbrio, precisando de pouca ajuda para se manter em pé. No engatinhar, conseguindo alternar as pernas e braços e manter as mãos abertas no solo. E no sentar, ficando agora com uma postura ereta devido ao controle de tronco e cabeça.

Além dos aspectos motores, melhorou também a fala e as interações sociais ao decorrer do programa.

É possível concluir também que a mãe não mede esforços para que haja engajamento da criança nas atividades propostas pela equipe multidisciplinar desde o momento do diagnóstico, favorecendo o desenvolvimento da mesma.

6 REFERÊNCIAS

ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC/LOAS).** Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/beneficio-assistencial-bpc-loas/>. Acesso em: 22 de novembro de 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. **O método.** Disponível em: http://equoterapia.org.br/articles/index/article_detail/142/2022. Acesso em: 21 de novembro de 2016.

BAX, M; GOLDSTEIN, M; ROSENBAUM, P; LEVITON, A; PANETH, N. **Proposed definition and classification of cerebral palsy.** *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2005, 47: 571-576.

BATAGLION, G. A; **O lúdico na reabilitação de crianças com deficiência.** Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

BATAGLION, G. A; ZUCHETTO, A. T; **Relações interpessoais evidenciadas em aulas de atividade motora adaptada.** *Fiep Bulletin*, v. 84, edição especial, 2014.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CONVENÇÃO DA GUATEMALA. Disponível em: <http://www.portaldeacessibilidade.rs.gov.br/legislacao/6/29>. Acesso em: 21 de novembro de 2016.

DEOREO, K. L. **Dynamic and static balance in preschool children.** Unpublished doctoral dissertation, University of Illinois, 1971.

EVERTSON, C. M.; GREEN, J. L. **La observacion como idagacion y método.** In: Wittrock M, C. La investigación de la enseñanza. 1 ed. Barcelona: Paidós Educador, 1988. P303-390.

FIAMENGHI JR, G. A.; MESSA, S. **Pais, filhos e deficiência: Estudos sobre as relações familiares.** Psicologia ciência e profissão. Universidade Presbiteriana Mackenzie, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2007.

FLEHMING, I. **Desenvolvimento normal e seus desvios no lactente.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1987.

GANONG, W, F. **Fisiologia médica.** São Paulo: Atheneu, 1985.

GALLAHUE, D. L; DONNELLY, F, C. **Educação física desenvolvimentista para todas as crianças.** Quarta edição. São Paulo: Phorte, 2008.

GALLAHUE, D. L; OZMUN, J. C. **Understanding motor development: infants, children, adolescents, adults.** Quinta edição. Nova York: McGraw-Hill, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HIDROTERAPIA. Disponível em: <http://fisioterapia.com/hidroterapia/>. Acesso em 23 de novembro de 2016.

LAW, M. et al. **Patterns of participation in recreational and leisure activities among children with complex physical disabilities.** Developmental Medicine and Child Neurology, v. 48, n. 05, p.337-342, 2006.

LEITE, J. M. S.; PRADO, G. F. **Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos.** Revista Neurociências, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004.

LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em 21 de novembro de 2016.

LEI Nº 6.965. Conselho Federal de Fonoaudiologia. Disponível em: <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/leis/>. Acesso em: 22 de novembro de 2016.

LOPES, G. B.; KATO, L. S.; CORRÊA, P. R. C. **Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora.** Psicologia: Teoria e Prática, 2002.

PALISANO, R.; ROSENBAUM, P.; WALTER, S.; RUSSELL, D.; WOOD, E.; GALUPPI, B. **GMFCS 1997 CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University.** Developmental Medicine and Child Neurology, 1997;39:214-223

PALISANO, J. R.; CAMERON, D.; ROSENBAUM, P.; WALTER, S.; RUSSELL, D. **Stability of the Gross Motor Function Classification System.** Developmental Medicine and Child Neurology, 2006, 48: 424-428.

PIOVESANA, A. M. S. G. **Encefalopatia crônica, paralisia cerebral.** In: FONSECA, L. F.; PIANETTI, G.; XAVIER, C. C. Compêndio de neurologia infantil. São Paulo: Medsi, 2002.

RESOLUÇÃO Nº 08/1978. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2765>. Acesso em: 22 de novembro de 2016.

ROSENBAUM, P. et al. **A report: the definition and classification of cerebral palsy.** Developmental Medicine and Child Neurology, 2007, v.49, n.2, p. 8-14.

ROTTA, N. T. **Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas.** J Ped, 2002, v. 78, p. 48-54.

SALTER, R. B. **Trastornos y lesiones del sistema musculoesquelético.** Barcelona: Salvat, 1981.

SCHMITT, B. D.; ZUCHETTO, A. T. **Engajamento de uma criança com paralisia cerebral em um programa de atividade motora adaptada.** Fiep Bulletin, v. 84, edição especial, 2014.

SHERRILL, C.; **Adapted Physical Activity, Recreation, and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan.** Sexta Edição. Boston: McGraw-Hill, 2004.

SILVA, M. L. P.; DESSEN, M. A. **Deficiência mental e família: Implicações para o desenvolvimento da criança.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 17, n. 2, p. 133-141, 2001.

TSAI, C. L.; WU, S. K.; HUANG, C. H. **Static balance in children with developmental coordination disorder.** Human Movement Science, v. 27, p. 142-153, 2008.

VOORMAN, J. M. et al. **Social functioning and communication in children with cerebral palsy: association with disease characteristics and personal and environmental factors.** Developmental Medicine and Child Neurology, v. 52, n. 05, p. 441-447, 2010.

WINNICK, J. P.; **Adapted physical education and sport.** Quinta edição. Estados Unidos: Human Kinetics, 2011. 637 p.

WITTROCK, M. C.; **La investigación de la enseñanza.** 1 ed. Barcelona: Paidós Educador, 1988. 431p.

ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. **Paralisia cerebral: causas e prevalências**. Revista Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 375-381, jul./set. 2009.

ZUCHETTO, A. T.; **A trajetória de Laila no AMA: histórias entrelaçadas**. Unicamp, São Paulo, 2008.

7 ANEXOS

Anexo 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O programa ATIVIDADE MOTORA ADAPATADA AMA é desenvolvido na UFSC desde 1995. E oferece a comunidade de pessoas com deficiência da grande Florianópolis um programa de atividades motoras (dança, recreação, atividades na água e esportes), nas segundas e quartas feiras em dois horários, sendo as sessões de 1h. As atividades são ministradas pela professora Angela T. Zuchetto e os Acadêmicos do Curso de Educação Física que frequentam as disciplinas, Estudos Avançados em Educação Física Adaptada, Educação Física Adaptada e Seminário de Monografia. Todas as aulas são filmadas e posteriormente analisadas, para avaliarmos as atividades, o desempenho e a evolução dos participantes. Portanto, estudar e acompanhar o desenvolvimento de crianças com deficiência é um dos objetivos do programa por acreditar que o envolvimento em atividades físicas possibilita às crianças um ambiente favorável para desenvolver sua independência, controle pessoal e responsabilidade social.

Estamos realizando uma pesquisa para verificar o desenvolvimento dos participantes que frequentam o programa de atividades motoras.

A coleta de dados será realizada em diferentes etapas:

Para a caracterização dos participantes será aplicado um questionário aos pais.

Para observar o desenvolvimento será utilizada filmagem das aulas com duração de 1 hora e relato das mesmas utilizando-se de um registro cursivo.

Para verificar o crescimento da criança serão realizadas medidas antropométricas (peso e altura).

Na coleta de dados, serão selecionadas filmagens de aulas no Programa Atividade Motora Adaptada - AMA, que contenham atividades variadas (dança, atividades rítmicas, atividades esportivas e recreativas, aula temática), desde 2008.

SE TIVER ALGUMA PERGUNTA A FAZER ANTES DE DECIDIR PARTICIPAR, SINTA-SE A VONTADE PARA FAZÊ-LA.

EQUIPE: Prof.^a Angela Teresinha Zuchetto.

Florianópolis,.....de.....de.....

Meu nome é..... RG.....

CPF do responsável.....

Residente à rua..... Cidade.....

Responsável por..... Idade.....anos.

Telefone residencial..... Celular..... Outros.....

Certifico que tendo lido as informações acima e suficientemente esclarecido de todos os itens pela professora responsável Angela T. Zuchetto estou plenamente de acordo com a realização deste trabalho. Assim, autorizo e garanto a minha participação no trabalho proposto, bem como a publicação dos resultados desde que preservados a identidade.

No caso de desistência liguei para o número 3721-4783, 372-18558 / 3721-8530, 3721-9462. A qualquer momento, mas sei que três faltas consecutivas, sem justificativa me excluem do programa.

No caso de denúncias liguei para o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa: 3788-8936.

Assinatura.....

Data...../...../.....

Anexo 2 - ENTREVISTA COM O RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA

Entrevistado (a):

Entrevistador (a): Vivian Souza Silva

Local/data:

- 1 – Nome da criança: Idade:
- 2 – Data de nascimento:
- 3 – Endereço:
- 4 – Cidade: Estado: CEP:
- 5 – Telefone:
- 6 – Idade da mãe quando o filho em questão nasceu:
- 7 – Número de pessoas na família:
- 8 – Tipo de deficiência da criança:
- 9 – A mãe teve alguma complicação no momento do parto? Caso sim, qual?
- 10 – A criança passou por alguma cirurgia? Caso sim, qual?
- 11 – A criança possui alguma alergia? Caso sim, qual?
- 12 – A criança tem ou teve alguma doença? Caso sim, qual?
- 13 – A criança toma algum remédio? Caso sim, qual?
- 14 – Profissão da mãe:
- 15 – Grau de escolaridade da mãe:
- 16 – Profissão do pai:
- 17 – Grau de escolaridade do pai:
- 18 – Renda familiar:
- até 5 salários mínimos de 21 à 30 salários mínimos
- de 6 à 10 salários mínimos de 21 à 30 salários mínimos
- de 11 à 20 salários mínimos acima de 31 salários mínimos

26 – Participa de outra atividade além do AMA? Caso sim, qual? Onde?
Frequencia.

27 – Atividades que gosta de fazer fora do AMA (citar em ordem de preferência):

28 – Quais os programas seu filho mais assiste na televisão?

- Desenhos animados Propagandas Filmes
 Seriados Telenovelas Programas infantis
 Documentários Outros

29 – Quais esportes gosta de praticar? Em quais participa de competições?

- (P) Pratica (C) Compete
 Futebol Tênis Natação
 Voleibol Basquete Handebol
 Outros. Quais?

30 – Indique os lugares que seu filho frequenta nas suas atividades de tempo livre, bem como o número de horas com que o faz, quem o acompanha e se acontece em dias úteis, no final de semana ou em ambos.

Locais de atividades	Dia útil	Fim de semana	Companhia (nomear)	Número de hora/dia
Parque infantil				
Praça pública				
Rua				
Clube				
Teatro				
Cinema				
Praia				
Casa de parentes				
Outros				

31 – Ordene pelo número de horas as atividade esportivas e artísticas que seu filho realiza semanalmente, fora da escola, instituições e do AMA:

32 – Indique se o seu filho participa regularmente, sob orientação de alguém, em alguma das seguintes atividades:

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1. Escotismo | 7. Aprender informática |
| 2. Ir ao cinema | 8. Visitação a museus |
| 3. Catequese | 9. Espetáculos esportivos |
| 4. Outras atividades | 10. Outros espetáculos |
| 5. Passear | 11. Mais de uma atividade |
| 6. Visita a exposições | 12. Todas as atividades |

33 – Indique quais os motivos que levam seu filho a praticar atividade física, ou a entrar para o AMA:

34 – Os amigos com que seu filho brinca, além dos irmãos, são principalmente:

1. Do mesmo sexo
2. Do sexo oposto
3. Variam
4. Nenhum

35 – Esses amigos são geralmente:

1. Mais novos
2. Da mesma idade
3. Mais velhos
4. Variam
5. Nenhum

36 – Indique os brinquedos, materiais e/ou objetos que seu filho utiliza mais frequentemente durante suas atividades de tempo livre:

37 – A família tem por hábito praticar atividades esportivas:

Família	Nenhum	Esporádico	Regular	Diário

38 – Indique qual tempo, meio de transporte e quem o acompanha no caminho casa-escola-AMA-casa, entre outros:

Local	Tempo de percurso	Meio de transporte	Quem transporta	Quem acompanha