

CAROLINA TROMBETA REIS

**AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM DO PROTOCOLO
MOVE EM UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
NA CIDADE DE PAULÍNIA - SP**

Campinas

2011



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM DO PROTOCOLO
MOVE EM UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
NA CIDADE DE PAULÍNIA-SP

Carolina Trombeta Reis

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à
Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para obtenção
do título de mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e
Reabilitação, área de Concentração em
Interdisciplinaridade e Reabilitação sob orientação da
Prof. Dra. Maria Inês Rubo de Souza Nobre

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Reis, Carolina Trombeta, 1983-
Avaliação da abordagem do protocolo MOVE em
uma escola de educação especial na cidade de Paulínia-
SP / Carolina Trombeta Reis. -- Campinas, SP: [s.n.],
2011.

Orientador: Maria Inês Rubo de Souza Nobre
Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação de Resultado de Intervenções
Terapêuticas. 2. Transtornos das Habilidades Motoras.
3. Atividades Cotidianas. I. Nobre, Maria Inês Rubo de
Souza. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Assessment of the MOVE program in a Special Education School in
the city of Paulínia-SP

Palavras-chave em inglês:

Result Assessment in Therapeutic Interventions

Motor Skills Disorder

Daily Activities

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Maria Inês Rubo de Souza Nobre [Orientador]

Silvana Maria Blascovi de Assis

Rita de Cássia Ietto Montilha

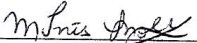
Data da defesa: 16-06-2011

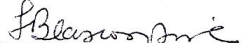
Programa de Pós-Graduação: Faculdade de Ciências Médicas

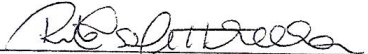
Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Aluno(a): **Carolina Trombeta Reis**

Orientador: Prof(a). Dr(a). Maria Inês Rubo de Souza Nobre Gomes


Prof(a). Dr(a). Maria Inês Rubo de
Souza Nobre Gomes


Prof(a). Dr(a). Silvana Blascovi de Assis


Prof(a). Dr(a). Rita de Cássia Ietto Montilha

Curso de Pós-Graduação em Mestrado Profissional da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16/06/2011

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os meus pacientes, que me ensinam a cada dia que a vida é simplesmente algo muito maior do que aquilo que podemos perceber apenas com o olhar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que sempre guiou meu caminho e iluminou cada decisão a ser tomada;

Agradeço aos meus pais, que são meu porto seguro e me ensinaram os valores mais importantes da vida e fizeram com que fosse possível eu chegar até aqui;

Agradeço aos meus irmãos e toda minha família por acreditarem em mim e me darem toda compreensão e apoio;

Agradeço à Prof. Maria Inês Rubo de Souza Nobre, por toda sua confiança e dedicação, pela paciência com que transmitiu seu conhecimento e por todo apoio nessa etapa da minha vida acadêmica;

Agradeço à Prof. Maria Liduína Solon Rinaldi, que durante a Faculdade de Fisioterapia me apresentou não só ao MOVE, mas ao conceito de tratamento humanitário e digno, que realmente traz benefícios à qualidade de vida do paciente;

Agradeço a todos os colegas e amigos que de alguma forma participaram dessa fase da minha vida e me ajudaram a realizar esta pesquisa, em especial às amigas Claudia Mello, Márcia Valéria Cardoso, Daniela Rocha e Denise Grannier, por sempre estarem ao meu lado e por terem me ensinado tanto durante a minha vida profissional.

E agradeço a todos os profissionais envolvidos na pesquisa por toda sua colaboração e dedicação.

Eu me dedico a Ti, ó Pai,
consagrando minha vida, minhas mãos e minha
técnica para que Tu mesmo ajas nas dores, nos
traumas, no corpo do meu paciente.

E dá-me o sentido mais vivo
de estar cooperando Contigo na melhoria da
qualidade de vida do mundo que me
cerca, daquele que está aos meus cuidados.

Fortalece minha fraqueza,
e preenche minha necessidade de crescer e
compreender os outros.

Faze peritas minhas mãos;
dá-me um toque adequado,

um ouvido amigo e um coração amável.

Por Jesus, cujo toque afastava a dor, e Cujas
mãos, que aliviaram vidas, foram presas na cruz
por mim.

Amém

RESUMO

Classicamente, no Brasil, crianças com disfunções neurológicas severas vêm se submetendo a métodos de intervenção para a melhora do desenvolvimento global em ambientes clínicos controlados. Questiona-se, entretanto, se o tratamento clínico de maneira isolada traz ganhos significativos às habilidades da criança em seus diversos ambientes (casa, escola e comunidade). O Programa Mobility Opportunities Via Education (MOVE®) é uma abordagem de avaliação e tratamento funcional para crianças com disfunções severas. O objetivo deste estudo de caso foi compreender a percepção dos professores e monitores referente à utilização da abordagem do MOVE em uma escola de educação especial na cidade de Paulínia-SP. Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas, que visaram qualificar a percepção dos profissionais sobre o MOVE na escola. Verificou-se que a aplicação do MOVE na instituição resultou em uma visão mais humanitária dos profissionais, enfatizou a importância do trabalho em equipe e da promoção do aprendizado motor em ambientes naturais, aumentou a expectativa dos profissionais em relação aos alunos e fez com que os profissionais percebessem mais motivação nas crianças. As principais dificuldades encontradas na adaptação do programa para a realidade brasileira, foram: a falta de tempo dos profissionais; número insuficiente de funcionários; falta de materiais e equipamentos e necessidade de orientações sistemáticas referentes à aplicação do MOVE.

Palavras chave: Avaliação de Resultado de Intervenções Terapêuticas, Transtornos das Habilidades Motoras, Atividades Cotidianas

ABSTRACT

Classically, in Brazil, children with Cerebral Palsy are still being submitted to methods of intervention to improve overall development in controlled clinical environments. However, it has been questioned if the isolated clinical treatment results in important gains in the child's performance in various environments (home, school, community). The Mobility Opportunities Via Education (MOVE®) program is a functional approach designed to assess and treat children with severe disabilities. The aim of this case study was to understand the perception of the teachers and assistants regarding the MOVE approach in a special education school in the city of Paulinia-SP. A semi-structured interview was conducted, in order to qualify the perception of the professionals about the MOVE program in the school. It was verified that the MOVE program resulted in a more human view from the professionals, emphasized the importance of team work and motor learning in natural environments, increased the expectations of the professionals regarding the students and made it possible for the professionals to notice more motivation in the children. The main difficulties found in the adaptation of the program to the Brazilian reality, were: lack of time of the professionals, insufficient number of workers, lack of materials and equipment and the need of systematic orientations regarding the MOVE program.

Palavras chave: Evaluation of Results of Therapeutic Interventions , Motor Skills Disorders, Activities of Daily Living

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

MOVE: Mobility Opportunities Via Education

OMS: Organização Mundial de Saúde

PC: Paralisia Cerebral

SNC: Sistema Nervoso Central

TDDMT: Top-Down Motor Milestone Test

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Caracterização dos participantes da pesquisa.....	49
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Pacer Gait Trainer.....	29
Figura 02: Mobile/Dynamic Stander.....	30
Figura 03: Advancement Placement Chair	30
Figura 04: Blue- Wave Toileting System	31
Figura 05: Atividade Pedagógica Ajoelhada no Rolo.....	33
Figura 06: Atividade Pedagógica Sentada no Rolo.....	34
Figura 07: Atividade Pedagógica com Sementes e Tinta Em Pé.....	34
Figura 08: Atividade Pedagógica Ajoelhada no rolo.....	35
Figura 09: Atividade Pedagógica se Equilibrando.....	35
Figura 10: Atividade Pedagógica se Equilibrando Em Pé.....	36
Figura 11: Andador Adaptado.....	37
Figura 12: Cadeira Adaptada com Madeira.....	37
Figura 13: Cadeira Adaptada Para o Banheiro.....	38
Figura 14: Equipe necessária para a implementação do programa MOVE.....	57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 História da fisioterapia	16
1.2 A fisioterapia em Pacientes Neurológicos.....	17
1.3 Evolução das teorias de controle motor.....	18
1.4 A filosofia do programa MOVE(Mobility Opportunities Via Education).....	25
1.5 A adaptação do MOVE no Brasil.....	32
1.6 O MOVE e o processo de inclusão no Brasil.....	38
2 OBJETIVOS.....	42
2.1 Objetivo geral.....	42
2.2 Objetivos específico.....	42
3 SUJEITOS E MÉTODOS.....	43
3.1 Tipo de estudo	43
3.2 Local de realização da pesquisa.....	45
3.3 Seleção dos sujeitos	46
3.3.1 Critérios de inclusão.....	46
3.3.2 Critérios de exclusão.....	46
3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1 Caracterização dos sujeitos.....	49
4.2 Categorização dos dados.....	50
4.2.1 Percepção dos profissionais sobre a utilização do MOVE.....	50
4.2.1.1 Percepção inicial dos profissionais sobre a utilização do MOVE.....	50
4.2.1.2 Percepção dos profissionais sobre os aspectos humanitários da saúde.....	52
4.2.1.3 Percepção dos profissionais sobre a equipe no MOVE.....	56
4.2.1.4 Percepção dos profissionais sobre o cotidiano e a interação social...	59
4.2.1.5 Percepção dos profissionais sobre expectativas e potencial das crianças.....	64

4.2.2 O MOVE atuando na mudança de rotina dos profissionais.....	67
4.2.4 Contribuições percebidas através da aplicação do MOVE.....	70
4.2.4 As dificuldades percebidas através da aplicação do MOVE.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....,,.....	78
REFERÊNCIAS.....	80
APÊNDICES.....	86

APRESENTAÇÃO

Comecei o curso de Fisioterapia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, no ano de 2000, e passei a conhecer uma parte do universo das crianças especiais durante meu segundo ano da faculdade, nas aulas de Fisioterapia Aplicada à Neurologia Infantil, com a professora Maria Liduína Solon Rinaldi, que me ensinou e incentivou muito não só durante a faculdade, mas até hoje.

Lembro daquelas aulas nitidamente, fui gradativamente me encantando, vendo e aprendendo como era possível ajudar, orientar, apoiar e fornecer melhor qualidade de vida para aqueles pacientes que tanto precisavam não só do nosso conhecimento científico, mas de carinho e compreensão.

Foram essas aulas que me ensinaram a importância de valorizar com maior abrangência as reais necessidades do paciente e da família, ter uma abordagem voltada para o ser humano em si, sua rotina e história de vida.

Desde essas aulas, que já me proporcionaram na época uma imensa realização, comecei a participar de diversos estágios em escolas de educação especial e clínicas que trabalhavam com neurologia infantil.

Durante os anos seguintes, tive a certeza da escolha da minha profissão: trabalhar com essas crianças e ajudá-las a serem cada dia mais independentes e felizes. Hoje em dia descobri que talvez eu aprenda mais com elas do que elas comigo, sei que não se pode calcular o valor de um sorriso e uma conquista dos meus pacientes.

No último ano de faculdade já tinha dentro de mim uma imensa vontade de tratar meus pacientes e suas famílias da maneira mais humana possível. Tinha aprendido nesses anos a não pensar apenas nos aspectos clínicos dos pacientes, queria realmente mudar a rotina diária e qualidade de vida dessas crianças e suas famílias.

Nesse período estava realizando a minha monografia, orientada pela própria professora Liduína, que durante suas pesquisas conheceu o programa Mobility Opportunities Via Education (MOVE®) e me apresentou a esta abordagem.

O MOVE é um programa de avaliação e tratamento funcional, cujo projeto piloto foi realizado em 1986 e a primeira edição foi escrita por Linda Bidabe, uma pedagoga

americana, em 1999. Atualmente é composto por um manual auto-explicativo de 286 páginas que ensina como utilizar o programa em diversos ambientes escolares, visando à qualidade de vida, e uma ficha de evolução para cada paciente.

Após me formar, tive a oportunidade de ser a primeira brasileira a receber treinamento sobre o programa MOVE nos EUA em 2006 e 2008, com os profissionais Stacie Whinnery e Keith Whinnery, através da MOVE INTERNATIONAL®, situada em Bakersfield, CA.

Em 2006 recebi o certificado de MOVE Site Trainer e em 2008 de MOVE International Trainer. Sendo atualmente habilitada pela MOVE INTERNATIONAL® para certificar e capacitar pessoas no programa.

O presente estudo foi realizado em uma escola de educação especial na cidade de Paulínia, que foi a primeira escola brasileira que se propôs a utilizar o programa no contexto escolar e terapêutico.

A realização desta pesquisa foi mais uma etapa importante no meu aprendizado para tratar de crianças com disfunções severas pois com o auxílio da professora Maria Inês Rubo de Souza Nobre, foi possível compreender melhor o que os profissionais da instituição estavam vivenciando em relação ao MOVE em seu cotidiano.

Todas as pessoas envolvidas nessa etapa da minha vida acadêmica e profissional, novamente reforçaram a importância de se utilizar uma abordagem humanitária com foco na qualidade de vida e bem-estar dos pacientes.

Atualmente, o MOVE encontra-se em diversas línguas, sendo que o processo de tradução e adaptação transcultural no Brasil está sendo iniciado. Essa pesquisa contribui amplamente para a verificação das necessidades de adaptação do programa para as escolas brasileiras.

Visando dar andamento ao processo de aplicação da filosofia do programa para o Brasil, continuo realizando treinamentos, supervisão de aplicação do programa e palestras sobre o MOVE em escolas de educação especial e de inclusão, para profissionais envolvidos e pais de crianças com disfunções severas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 História da Fisioterapia

Na antiguidade (período aproximado entre 4000 a.C e 395 d.C), os médicos já se preocupavam em conhecer as diversas morbidades que acometiam o homem e tentavam sanar os efeitos e corrigir os distúrbios causados por doenças. Nessa tentativa, utilizavam alguns agentes físicos como recursos de terapia^(1,2).

No Renascimento (séculos XV e XVI), a atividade pareceu não ser tão dirigida somente ao “tratamento” ou aos cuidados com a lesão, mas iniciou-se uma preocupação com a “manutenção” das condições normais em indivíduos considerados sãos⁽¹⁾.

Durante a industrialização (século XVIII E XIX), iniciada na Inglaterra, a exploração do trabalho operário e, conseqüentemente, dos limites físicos tolerados pelo corpo humano, trouxe novamente a tona a preocupação com as condições de saúde do homem⁽¹⁾.

No Brasil, a utilização dos recursos físicos na assistência à saúde iniciou-se por volta de 1879, na tentativa de “solução” para os altos acidentes de trabalho existentes decorrentes do período da industrialização, com objetivos voltados quase que exclusivamente para a assistência curativa e reabilitadora⁽¹⁾.

Em 1916, o crescimento da fisioterapia também foi influenciado pelo grande número de pessoas com seqüelas decorrentes da epidemia de poliomielite^(1,2,3).

Entretanto, o renascimento do uso dos recursos físicos como terapia começou durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), quando surgiram os “auxiliares de reconstrução”, uma categoria criada na tentativa de reabilitação das lesões dos soldados, tendo grande progresso durante e após a Segunda Guerra Mundial (1939- 1945)^(1,2,3).

Sabe-se que a fisioterapia surgiu no Brasil, em 1929, com a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo^(1,4). Sendo regulamentada como profissão e curso superior no Brasil em 1969⁽⁵⁾, a formação em fisioterapia no Brasil se deu lentamente nas décadas de 1970 e 1980, mas elevou-se na década de 1990 e atingiu acelerada expansão a partir de 1997^(4,6).

Esse crescimento foi motivado pela política adotada pelo Estado brasileiro na época, de corrigir o déficit da escolaridade superior no país. Com isso, todas as áreas do conhecimento e todas as profissões passaram por processo de ampliação do número de cursos e de vagas⁽⁶⁾.

A formação acadêmica, como especificada pelo Ministério da educação, destaca o fisioterapeuta como profissional generalista, sendo capaz de atuar em todos os níveis de atenção da saúde. O fisioterapeuta, como os demais profissionais da saúde, tem sólida formação acadêmica, para atuar no desenvolvimento de programas de promoção da saúde^(7,8).

1.2 A Fisioterapia em Pacientes Neurológicos

Devido à epidemia da poliomielite nos Estados Unidos e as Guerras Mundiais, antes de 1950 o crescimento dos recursos terapêuticos ocorreu, em grande parte, devido à necessidade de reabilitação de milhares de adultos e crianças com seqüelas como: focos de paralisia muscular por todo o corpo, lesões, mutilações, alterações físicas de vários tipos e graus, perdas totais ou parciais de membros e atrofias^(1,9).

A reeducação muscular (baseada apenas no fortalecimento individual de músculos enfraquecidos) era uma forma eficaz utilizada no tratamento desses pacientes que frequentemente apresentavam sintomas decorrentes de lesão periférica por todo o corpo⁽⁹⁾.

Os vários distúrbios motores eram encarados apenas como alteração de musculatura (músculos flácidos ou rígidos), ou articulações deformadas. Entretanto, tornou-se claro que a reeducação muscular individual e as terapias consagradas daquela época eram inadequadas para casos neurológicos, pois os tratamentos não eram eficazes para estes pacientes^(9,10).

Hoje, já se sabe que a Poliomielite é decorrente de uma lesão no neurônio motor inferior, podendo ser amenizada com técnicas de reeducação muscular, enquanto que disfunções decorrentes de lesões superiores do Sistema Nervoso Central (SNC), não podem ser baseadas na mesma forma de tratamento, pois não envolvem apenas músculos individuais^(10,11).

Quando os terapeutas perceberam a ineficácia dos tratamentos de algumas disfunções neurológicas, iniciaram o estudo do funcionamento do SNC e a discussão de conceitos até então inexistentes de neurofisiologia, dando início a alguns métodos de tratamento elaborados de maneira indutiva e baseados em tentativas e erros, tendo como objetivo a melhora do tratamento de pacientes neurológicos⁽¹²⁾.

A partir desses novos conceitos, ocorreu o desenvolvimento de métodos e técnicas de tratamento para pacientes que apresentavam doenças neurológicas e os programas referentes à conduta fisioterapêutica foram se enriquecendo.

O principal conceito dessa evolução foi à transição da visão da deficiência periférica e sua ênfase no tratamento específico de articulações e músculos para uma visão de origem central e neural, ou seja, as abordagens passaram a ser neuroterapêuticas⁽⁹⁾.

1.3 Evolução das Teorias de Controle Motor

As teorias do controle motor descrevem pontos de vistas referentes a como o movimento é controlado. São definidas como sendo um grupo de idéias abstratas sobre o controle do movimento, ou seja, é um conjunto de afirmações interligadas que descrevem estruturas ou processos não observáveis e os associam uns aos outros e a eventos observáveis⁽¹³⁾.

Os conceitos dessas teorias realmente influenciam na tomada de decisão dos terapeutas em relação à avaliação e tratamento de seus pacientes, pois as práticas de reabilitação têm como base teorias sobre a causa e a natureza da função e da disfunção. Para as mesmas autoras, as ações terapêuticas geralmente são baseadas em suposições derivadas de teorias, ou seja, a teoria do controle motor é uma parte da base teórica para a prática clínica⁽¹³⁾.

Durante o decorrer do tempo, foram surgindo diversas teorias sobre o controle motor que refletiam a compreensão e interpretação do SNC de cada época⁽¹⁴⁾.

A discussão referente à evolução das teorias do controle motor é fundamental para que se possa compreender a evolução da intervenção fisioterapêutica em pacientes neurológicos no decorrer dos anos, sendo extremamente necessária a atualização, por parte

dos terapeutas, em relação aos princípios de tal assunto abordado, e que os mesmos saibam se adaptar aos novos conceitos de desenvolvimento motor.

Como os primeiros métodos de tratamento foram baseados na interpretação clínica das teorias da neurofisiologia oriundas da primeira metade desse século, foram denominados de “métodos neurofisiológicos”^(10,12).

Os primeiros modelos do controle motor foram criados baseados em Jackson, dando origem à teoria de que o sistema nervoso é responsável pela representação de movimentos e que diferentes partes do cérebro representavam esses movimentos em diversas combinações⁽¹¹⁾.

Respeitando os princípios das teorias clássicas, o sistema nervoso era organizado como uma hierarquia, sendo que tal controle organizacional ocorria no sentido céfalo-caudal, ou seja, cada nível sucessivamente mais alto exercia um controle sobre àquele abaixo. Deve-se considerar que, uma vez que a hierarquia é estritamente vertical, as linhas de controle não se cruzam e não existe uma operação caudo-cefálico⁽¹¹⁾.

Assim, sob o ponto de vista da teoria hierárquica, o SNC tem os centros inferiores até os superiores, sendo o centro de controle inferior composto pelo tronco cerebral e medula espinhal, o médio pelo mesencéfalo e o superior pelo córtex cerebral⁽¹³⁾.

Hierarquicamente, os terapeutas visavam o desenvolvimento motor como sendo um simples reflexo da maturação do sistema nervoso⁽¹⁵⁾. Portanto, para as teorias clássicas, o desenvolvimento motor normal seria atribuído ao aumento da corticalização do SNC, o que resultaria na emergência de níveis superiores de controle sobre os mais inferiores, sendo a maturação do SNC o principal agente da alteração do desenvolvimento⁽⁹⁾.

A evolução da maturação neural respeitava o nível hierárquico céfalo-caudal e ocorria da seguinte forma: função bípede (córtex motor), função quadrúpede (mesencéfalo) e função ápode (tronco cerebral e medula espinhal)⁽¹³⁾.

Ainda mencionando a visão hierárquica, os reflexos eram componentes dos centros inferiores que se integram durante a maturação e o desenvolvimento normal, a medida em que os centros superiores assumem o controle⁽¹⁴⁾.

Existem diferentes teorias que fundamentam as condutas terapêuticas, e as baseadas no conceito hierárquico buscavam a inibição dos padrões anormais de movimento e a

facilitação dos movimentos normais, através de experiências sensório-motoras controladas pelo terapeuta, responsáveis ou cuidadores⁽¹⁶⁾.

Como os terapeutas acreditavam nesses conceitos, classicamente, no Brasil, crianças com disfunções neurológicas severas se submetiam a métodos de intervenção para a melhora do desenvolvimento global em ambientes clínicos controlados e que acreditavam nos conceitos hierárquicos.

A troca de informações com a família e com a equipe, para a intervenção e estimulação no ambiente cotidiano podiam até fazer parte da prática fisioterapêutica, porém, por inúmeras razões, eram muitas vezes limitadas. Raramente a equipe conhecia os espaços naturais da criança ao traçar os objetivos de reabilitação e, muitas vezes, os desvinculava das reais necessidades funcionais do paciente e de sua família⁽³⁾.

É fundamental ressaltar ainda que a teoria hierárquica apresenta uma visão bastante limitada do controle motor, pois os diversos níveis do sistema nervoso não se comunicam uns com os outros para o planejamento e início da atividade motora, servindo de subordinados e executando comandos oriundos do centro superior⁽¹¹⁾.

Diante dos limitados resultados obtidos através da utilização de métodos e técnicas baseados no conceito hierárquico, surgiu a necessidade de se buscar novas explicações relativas ao funcionamento do controle motor⁽¹³⁾.

Para desenvolver novas estratégias referentes à melhora do controle motor e à aprendizagem motora, tornou-se imprescindível o entendimento pleno dos processos neurais envolvidos na produção do movimento e da aprendizagem, das patologias que poderiam afetar o SNC e os processos de recuperação que se seguem a uma lesão neural⁽¹⁴⁾.

Apesar da evidência de que a reabilitação permitiria ao indivíduo um maior uso dos sistemas neurais remanescentes, os terapeutas passaram a acreditar que tudo que o indivíduo experimentava e praticava na reabilitação, provavelmente induziria à criação de novas conexões neurais funcionais⁽⁹⁾.

A fisioterapia passou a se basear cada vez mais em teorias e comprovações científicas, ocorrendo descobertas importantes e atualizadas através de pesquisas, tanto em indivíduos com desenvolvimento motor típico como naqueles que apresentavam alguma disfunção física. Neste período houve um grande avanço no conhecimento referente aos

mecanismos patológicos das lesões responsáveis pelo déficit do controle motor e das deficiências da função motora⁽¹²⁾.

A evolução do conhecimento científico possibilitou o aparecimento de novas filosofias do controle motor, formas de intervenção terapêutica e propostas idealizadas por terapeutas. Apesar do conceito hierárquico ainda predominar na prática clínica de alguns terapeutas da atualidade, o interesse pelas novas teorias sobre o controle motor tem sido crescente entre os profissionais da saúde, incluindo médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, sendo fundamental para a elaboração e planejamento da prática clínica.

Muitos estudos confirmaram a importância dos elementos da organização do sistema nervoso no controle motor, entretanto, conceitos apresentados pela teoria dos sistemas foram confirmados, e a idéia de que os centros superiores estariam sempre no comando foi modificada⁽¹³⁾.

As teorias mais atuais do controle motor desenvolvidas por pesquisadores das várias áreas do conhecimento, atribuíam o desenvolvimento da motricidade à interação dinâmica de diversos subsistemas⁽¹⁶⁾.

A teoria dos sistemas acredita que o controle do movimento integrado é distribuído por sistemas interligados, que atuam em cooperação para obter o movimento e para adaptar-se as exigências da tarefa específica, surgindo assim o conceito de um modelo distribuído do controle motor⁽¹³⁾.

De acordo com esse modelo, todos os sistemas são dinâmicos e constantemente submetidos a mudanças, sendo que tal interação promove o desenvolvimento motor⁽¹⁵⁾.

Como diferentes sistemas que interferem no controle postural se desenvolvem em ritmos variados, é importante compreender quais componentes limitam cada estágio do desenvolvimento e qual deles leva o sistema para um novo nível de função quando ocorre seu amadurecimento. De acordo com os modelos mais recentes, a descoberta da conexão entre os componentes posturais críticos e o desenvolvimento, interfere na determinação de quais sistemas devem ser examinados e de como as contribuições desses sistemas mudam em diferentes estágios do desenvolvimento⁽¹³⁾.

Para que o terapeuta consiga estabelecer intervenções apropriadas, o exame físico e a intervenção terapêutica devam se concentrar não apenas nos comprometimentos dos

sistemas individuais que contribuem para o controle motor, mas também no efeito dos comprometimentos interligados entre os sistemas múltiplos. Por exemplo, o comprometimento do sistema músculo esquelético e neuromuscular, que acarretam em restrição de movimento de determinado segmento corporal⁽¹³⁾.

Em relação ao controle do sistema nervoso, sabe-se que cada nível do sistema pode agir sobre outros, dependendo da tarefa. Os reflexos são também conceituados como não sendo a única determinação do controle motor, mas apenas um dos vários processos importantes para a produção e o controle do movimento⁽¹³⁾.

Segundo tal teoria, é necessário que os fatores internos (rigidez articular, inércia, forças dependentes do movimento) e externos (gravidade) sejam considerados ao planejar o movimento, e não exclusivamente os reflexos⁽¹⁴⁾.

Ao invés de enfatizar os padrões de estímulo-resposta dos reflexos motores, considera-se o SNC como àquele que completa uma grande quantidade de retroalimentação. Os resultados das respostas motoras são constantemente utilizados para alterar e ajustar respostas neurais a fins específicos e situações ambientais. Além disso, o sistema nervoso pode atuar antecipadamente, usando estímulos sensoriais ou programas motores acumulados na orientação de respostas motoras sem a necessidade de reações adaptativas⁽⁹⁾.

O sistema nervoso é capaz de iniciar, antecipar e controlar movimentos, não sendo mais visto como uma estrutura passiva controlada por informação sensorial, onde os reflexos seriam o componente primário. Esse novo modelo enfatiza, portanto, a importância da utilização dos mecanismos de reações adaptativas (*feedback*) e reações antecipatórias (*feedforward*)⁽¹⁷⁾.

Acredita-se ainda, que o SNC utiliza informações sensoriais de diversas formas no processo do controle motor. Ao iniciar algum movimento, dados sobre a posição do corpo no espaço, sobre as partes do corpo umas em relação às outras e as condições do ambiente, são obtidas de receptores sensoriais. Assim, tais informações são utilizadas na seleção e execução do programa motor, sendo que os diversos centros cerebrais as utilizam para determinar se o movimento realizado é o mesmo que o intencionado⁽¹¹⁾.

A teoria dos sistemas enfatiza a importância de entender o corpo como um sistema mecânico, apresentando algumas implicações para os terapeutas. Primeiramente, o movimento não é determinado apenas pelas respostas do sistema nervoso filtradas por um sistema mecânico, que é o corpo. Quando se trabalha com um paciente que apresenta um déficit neurológico, o terapeuta deve ter o cuidado de avaliar a contribuição dos comprometimentos no sistema músculo esquelético para a perda geral do controle motor, sendo que tais limitações terão um efeito significativo na capacidade do indivíduo de recuperar tal função perdida⁽¹³⁾.

Surge então a necessidade de se considerar o desenvolvimento motor através da interação entre a tríade clássica para a teoria dos sistemas: o indivíduo, a tarefa e o meio ambiente⁽¹³⁾.

O programa motor é definido como um conjunto de comandos musculares, que são estruturados antes do início do ato motor. Tais ordens devem ser enviadas aos músculos no tempo correto, para que a sequência de movimento possa ocorrer na ausência de reações adaptativas. Dessa forma, programas motores podem utilizar reações para a adaptação ou regularização dos movimentos⁽¹⁷⁾.

Ao referir que um programa motor é uma estrutura abstrata de memória, preparada antes que o movimento possa ser produzido. O programa motor determina quais músculos deve ser utilizada, a sequência de sua contração e o fator temporal da relação entre a contração e a força a ser aplicada⁽¹⁴⁾.

Sendo assim, para tal teoria, as tarefas motoras complexas apresentam o envolvimento de grandes áreas do SNC, enquanto que uma menor quantidade de centros se envolve nos movimentos mais simples⁽¹⁴⁾.

Os centros superiores ficam então livres de controlar movimentos mais simples ou da exigência de ter de controlar vários graus de liberdade ao mesmo tempo. As estruturas coordenadas simplificam o controle e iniciam sinergias ou padrões motores coordenados⁽¹⁴⁾.

O ajuste postural, o qual acompanha o movimento funcional, é baseado em características do sinergismo muscular, a saber: o caráter antecipativo, que faz com que a pessoa esteja preparada para o movimento, reduzindo o grau de perturbação da postura e do

equilíbrio decorrente deste; a capacidade de adaptar-se efetivamente às condições nas quais o movimento é realizado e a influência das adaptações, que modificam o padrão do movimento em função da tarefa⁽¹⁸⁾.

De acordo com a teoria dos sistemas, o SNC monitoraria então sua própria função, utilizando informações sensoriais de modo a corrigir erros antes mesmo de serem presenciados no movimento. Nessa visão, o controle motor é então definido como sendo a capacidade de regular ou de orientar os mecanismos essenciais para o movimento e para os ajustes posturais dinâmicos, envolvendo desde a organização do SNC, no que diz respeito aos músculos e articulações para a aquisição de movimentos funcionais coordenados, até a utilização de informações sensoriais do ambiente e corporais na seleção e controle do movimento^(11,13).

Já existem muitas evidências de que a fisioterapia clínica promove melhora da capacidade motora, no entanto, essa mudança no desempenho clínico pode não se transmitir à atuação funcional em ambientes cotidianos (casa, escola e comunidade), ou seja, apesar do ganho motor no ambiente terapêutico, questiona-se o ganho funcional da criança em sua vida cotidiana⁽¹⁹⁾.

Devido a todos esses novos conceitos, a reabilitação atual visa o controle motor global, ações multidisciplinares e a funcionalidade, com o objetivo de garantir que as alterações adaptativas negativas relacionadas ao desuso, à imobilidade e ao reduzido estilo de vida não se estabeleçam ou sejam minimizadas após uma lesão cerebral⁽⁹⁾.

Uma abordagem terapêutica funcional, ou seja, voltada para as demandas cotidianas de cada criança, determina um maior ganho motor em relação às terapias clássicas⁽¹⁶⁾.

Devido à grande repercussão da intervenção e tratamento baseados em aspectos funcionais, a nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), prevê transformações na prática da reabilitação, demonstrando a necessidade de identificação precisa dos seus objetivos, de ações intersetoriais e de implementação de políticas públicas voltadas à inclusão da pessoa com deficiência⁽²⁰⁾.

Em conjunto com esses fatores, os atuais estudos relacionadas ao controle motor têm passado por grandes evoluções e atualmente também estão associando os seus

conceitos com a importância do tratamento com objetivo funcional, a estimulação em ambientes frequentados pela criança em seu cotidiano e a orientação aos familiares⁽²¹⁾.

1.4 A Filosofia do Programa MOVE (Mobility Opportunities Via Education)

O MOVE é um instrumento voltado para o aprendizado funcional, sendo um programa de habilidades motoras que enfatiza o aprendizado no cotidiano e principalmente no ambiente escolar, para a obtenção de resultados realmente significativos para a criança^(22, 23). O programa é coerente com as atuais teorias de controle motor e não segue a abordagem de desenvolvimento hierárquica⁽²²⁾.

Este programa é voltado para a avaliação e tratamento de crianças com disfunções neurológicas severas, definidas como aquelas que apresentam alterações físicas graves, podendo apresentar ainda disfunções intelectuais, sociais ou emocionais, dentre as quais se enquadram as que possuem comprometimento neurológico. O enfoque do programa são crianças que ainda não sentam sem apoio, não se mantêm em pé sem apoio e não andam sem apoio^(22,23).

O termo severidade é utilizado para definir crianças que necessitam de auxílio extenso em mais de uma atividade para que esteja integrada à comunidade e ter qualidade de vida similar a de pessoas que não apresentam disfunções⁽²²⁾.

O MOVE teve início em 1986 com um estudo piloto de tratamento para quinze alunos de uma sala de educação especial na *Blair Learning Center*, Califórnia – Estados Unidos da América, ganhando reconhecimento desde então. Os primeiros alunos do programa, com idade entre seis e dezesseis anos, foram diagnosticados com disfunções múltiplas e apresentaram ganhos no desenvolvimento motor com a utilização desse recurso⁽²³⁾.

De acordo com os positivos resultados alcançados utilizando o MOVE, os profissionais envolvidos, entre eles, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e pedagogo, começaram a estimular algumas habilidades motoras diariamente durante o período escolar, e o progresso atingido por estas crianças nos primeiros meses fez com que a escola continuasse desenvolvendo seus estudos. Após um período de três anos, uma

melhora significativa nas habilidades motoras dos participantes foi documentada. O reconhecimento de tal estudo, aliado a uma maior experiência por parte dos profissionais e de pesquisas científicas, resultou na primeira publicação do programa MOVE por Linda Bidabe, em 1990^(22,23).

O MOVE foi fundamentado não somente pela própria experiência clínica dos profissionais que utilizam o programa, mas também por conhecimentos referentes à neuroplasticidade (como por exemplo, a possibilidade do hipocampo de produzir novos neurônios e a capacidade de reorganização do córtex cerebral) e por pesquisas experimentais realizadas para avaliar a eficácia do programa^(22,23).

Atualmente, duas teses de doutorado já foram realizadas com o objetivo de comprovar a eficácia do programa. A primeira, publicada pela Doutora Kathleen Elkins em 1994, comparou o programa MOVE com métodos tradicionais de tratamento durante um período de sete meses, e apresentou como resultado que os pacientes submetidos ao programa MOVE atingiram maior aquisição de habilidades motoras⁽²⁴⁾.

Já a segunda tese foi publicada pela Doutora Stacie Barnes em 1999, sendo que o programa foi aplicado em cinco crianças no ambiente escolar, concluindo-se através de medidas padronizadas (como o número de passos ou o tempo em que a criança se mantinha em pé) e da análise de documentações filmadas, que todos os alunos obtiveram progresso significativo em suas habilidades motoras⁽²⁵⁾.

Sendo parte significativa do cotidiano da criança, o contexto escolar passa então a ser considerado um dos locais importantes para a atuação terapêutica. A escola promove diversas oportunidades de socialização e aprendizado acadêmico, trazendo benefícios para crianças com disfunções severas⁽²⁶⁾.

Entretanto, a participação funcional nas diversas atividades presentes no contexto escolar envolve habilidades motoras e cognitivas bastante complexas, fazendo com que crianças com necessidades especiais normalmente participem menos das atividades acadêmicas propostas, tenham menos autonomia e precisem de auxílio para participar e se adaptar nesse ambiente, tornando-se fundamental que os profissionais passem a considerar enfaticamente o contexto escolar na intervenção terapêutica^(27,28).

O MOVE é composto por seis etapas: avaliação; estabelecimento de metas; análise

da atividade; avaliação de apoios externos; redução de apoios externos e ensinamento das habilidades^(22,23).

A primeira etapa do programa utiliza o *Top-Down Motor Milestone Test* (TDMMT), é definida como a forma do programa de avaliar habilidades motora, sendo composta pelos seguintes itens: manter-se sentado; movimentar-se enquanto sentado; manter-se em pé; transição: passar de sentado para em pé; transição: passar de em pé para sentado; pivotear enquanto em pé; andar para frente; iniciar a marcha a partir da postura em pé; parar de andar e se manter em pé; andar para trás; se virar enquanto anda; subir degraus; descer degraus; andar em superfície irregular; subir ladeiras; descer ladeiras^(22,23).

É fundamental mencionar que cada uma desses itens apresenta diversos sub-itens e que alguns sub-itens são pré-requisitos para outros. Dessa forma, quando o paciente não consegue realizar os pré-requisitos para alguma habilidade, esta não é avaliada^(22,23).

Este teste não é utilizado como análise do desenvolvimento motor, mas sim como um recurso de avaliação extremamente detalhado das habilidades motoras básicas que a criança necessita para atuar funcionalmente na escola, na casa, na comunidade e em seu ambientes cotidianos. Através da observação direta do terapeuta ou por meio do auxílio dos professores, cuidadores ou responsáveis, tem-se o conhecimento se a mesma pratica ou não as habilidades descritas acima, e se necessita ou não de auxílio. Iniciar o tratamento aplicando esse teste possibilita a análise da evolução funcional da criança no decorrer do programa^(22,23).

O MOVE descreve ainda quatro níveis referentes às habilidades motoras:

- Nível 1- A criança possui mobilidade independente na casa e requer apenas uma assistência mínima na comunidade. Não necessita mais de cadeira de rodas e agora pode aprimorar a sua habilidade motora;

- Nível 2- Os cuidadores ou responsáveis não precisam levantar a criança e esta é capaz de andar com apoio nas duas mãos ou com um andador por 91,44 metros. É necessário utilizar a cadeira de rodas apenas para grandes distâncias

- Nível 3- A criança consegue andar pelo menos 3.048 metros com ajuda para manter o equilíbrio e transferir peso. Os cuidadores ou responsáveis raramente terão que levantar a criança. É necessário a cadeira de rodas para distâncias maiores que 3.048 metros

•Nível 4- A posição ortostática deve ser promovida para melhorar a condição óssea da criança, diminuir o risco de deformidades e melhorar o funcionamento dos órgãos internos^(22,23).

Tais níveis são baseados especificamente nas habilidades funcionais apresentadas em cada um dos itens do teste TDMMT. É necessário que a criança atinja determinadas habilidades para passar de um nível para o outro, demonstrando com isso, um aumento significativo em seu aprendizado motor^(22,23).

A segunda etapa do programa é descrita como sendo a mais importante, pois existe uma tendência na formulação de metas extremamente inferior à capacidade da criança, limitando o incentivo à mobilidade desta. É enfatizado que os objetivos do tratamento devem ser estipulados de acordo com o que a criança demonstra querer e necessita realizar, bem como as vontades da família, não tendo apenas como padrão seu nível de desenvolvimento motor. Tais habilidades não devem ser vistas de maneira isolada, mas sim formuladas com base nas atividades funcionais da criança e utilizadas em conjunto para que se consiga atingir metas significativas, ou seja, não basta ter como finalidade o sentar sem apoio, mas saber o porquê da importância do sentar sozinho e em que situação a mesma utilizará isso em seu cotidiano^(22,23).

A seleção de metas funcionais úteis para a criança assegura a motivação não somente por parte desta, mas também do cuidador ou responsável. Tais metas devem ser baseadas no sentido de promover ocasiões para que a criança adquira habilidades que farão com que ela se torne mais funcional e independente em seus ambientes cotidianos, fornecendo assim oportunidades de interações significativas desta com o meio externo.

A terceira etapa do programa MOVE é a análise da tarefa, que consiste em transformar as metas funcionais em movimentos necessários para adquiri-las. Deve-se analisar, baseado no TDMMT, quais itens estão limitando a criança e quais habilidades são necessárias para atingir determinada meta^(22,23).

Antes da descrição da quarta etapa é fundamental mencionar que o MOVE trabalha em parceria com a empresa “Rifton Equipments” para produção de dispositivos auxiliares para crianças com disfunções severas.

O programa ressalta a importância dos dispositivos auxiliares e da adaptação do

ambiente para que as crianças possam praticar suas habilidades com maior facilidade e de maneira mais efetiva, tendo conseqüentemente maiores oportunidades de aprendizado. Encontra-se que os equipamentos:

1) São feitos para atingir o posicionamento em padrões funcionais, ou seja, que possibilitem atividades como a locomoção de um lugar ao outro, alimentação independente, atividades recreativas, entre outras;

2) Permitem que a equipe mobilize as crianças durante o ensinamento de padrões motores adequados;

3) Fornecem menor auxílio à medida que as crianças adquirem habilidades motoras;

4) Permitem que as crianças pratiquem as habilidades de maneira independente;

5) São fabricados para auxiliar no fortalecimento da musculatura extensora⁽²²⁾.

Alguns dos principais equipamentos utilizados pelo MOVE, são o Pacer Gait Trainer (Figura 01), Mobile/Dynamic Stander (Figura 02), Advancement Placement Chair (Figura 03), Blue-Wave Toileting System (Figura 04) :



*Figura 01: Pacer Gait Trainer
Fonte: Foto Própria*



Figura 02: Mobile/Dynamic Stander
Fonte: Foto Própria



Figura 03: Advancement Placement Chair
Fonte: Foto Própria



*Figura 04: Blue- Wave Toileting System
Fonte: Foto Própria*

Relacionada com os equipamentos, a quarta etapa do MOVE consiste em estipular o grau de assistência que a criança necessita no momento de realizar uma determinada tarefa, sendo que tal ajuda pode ser promovida por um indivíduo ou por algum equipamento. A localização do apoio, a quantidade de suporte e o tipo de auxílio utilizado devem ser anotados, pois meios que assistem a criança a realizar determinados movimentos, possibilitam que esta pratique uma habilidade mesmo que ainda não possua um controle motor adequado ou total independência na posição^(22,23).

Ressalta-se que as habilidades motoras não podem ser treinadas apenas com total controle postural, pois para aquelas crianças cuja possibilidade de adquirir tal controle não existe, a oportunidade de treinar habilidades específicas se torna ausente. Vale lembrar que há uma grande diferença entre um auxílio que possui como objetivo substituir uma função, e um auxílio que é utilizado para ensinar ou promover uma habilidade motora, sendo este último denominado de auxílio educacional e considerado o mais correto de acordo com os critérios do MOVE^(22,23).

Já a quinta etapa é baseada na importância da redução progressiva do auxílio educacional fornecido à criança, o que possibilita uma análise da sua progressão durante o tratamento. O fato de não se considerar essa etapa, levaria a uma repetição excessiva das atividades motoras, podendo significar acomodação tanto do paciente quanto do terapeuta. Quando o terapeuta reduz o auxílio fornecido, o contexto da tarefa é modificado, o que possibilita um maior aprendizado por parte da criança (pode-se permitir maior amplitude de movimento ou utilizar um material mais flexível, por exemplo). É importante ressaltar a necessidade de um plano de retirada gradativa dos meios auxiliares em cada atividade da criança, visando por fim a não utilização dos mesmos.

A sexta etapa do programa discute a filosofia de ensino das habilidades motoras à criança. Sabe-se que apesar da grande importância de se promover oportunidades frequentes de aprendizado, o tratamento direto com instruções sistemáticas é também necessário para a aquisição de habilidades por parte do menor. Essa etapa enfatiza a necessidade do movimento funcional na vida diária da criança, pois se houver limitação da mobilidade em ambiente clínico devido às suas disfunções, dificilmente ocorrerá um progresso motor satisfatório^(22,23)

1.5 A Adaptação do MOVE no Brasil

O MOVE ainda é pouco conhecido no Brasil, entretanto é uma proposta inovadora e bem conceituada internacionalmente, tendo sua eficácia cada vez mais comprovada e sendo bastante utilizado em escolas de educação especial e regulares^(29,30).

É importante considerar as dificuldades referentes à aplicação do programa devido às necessidades de adequação deste para a realidade brasileira. Claramente, a utilização do MOVE precisou ser avaliada e adaptada pela pesquisadora para a realidade sócio-econômica brasileira.

Ao iniciar a adaptação do MOVE no Brasil, antes de abordar as escolas do ensino regular, a pesquisadora pode perceber a necessidade da maior atuação do fisioterapeuta junto com a pedagogia nas próprias escolas de educação especial, já que os profissionais envolvidos com crianças com disfunções severas tinham dificuldades de promover o

aprendizado motor associado com o acadêmico e voltado para a funcionalidade e independência no cotidiano da criança.

Levando isso em consideração, uma das primeiras etapas para a utilização do programa foi à implementação adaptada da sua filosofia em uma escola de educação especial, previamente a uma escola regular.

A implementação da filosofia começou com o treinamento pela pesquisadora dos profissionais da instituição. Surgindo a necessidade de um trabalho mais próximo da pesquisadora com as pedagogas e monitoras da escola, na rotina da instituição, criou-se, então, um horário para a fisioterapia escolar, onde a pesquisadora continuaria a trabalhar junto com as profissionais na utilização da filosofia do MOVE e promoção do aprendizado motor no cotidiano da escola.

A seguir encontram-se algumas ilustrações para demonstrar a aplicação do MOVE (Figuras 06-10), unindo o uso de habilidades motoras (definidas para cada aluno através das etapas 1, 2 e 3 do programa) com atividades pedagógicas:



Figura 05: Atividade Pedagógica Ajoelhada no Rolo
Fonte: Foto Própria



Figura 06: Atividade Pedagógica Sentada no Rolo
Fonte: Foto Própria



Figura 07: Atividade Pedagógica com Sementes e Tinta Em Pé
Fonte: Foto Própria



Figura 08: Atividade Pedagógica se Equilibrando Em Pé
Fonte: Foto Própria



Figura 09: Atividade Pedagógica se Equilibrando Em Pé
Fonte: Foto Própria



Figura 10: Atividade Pedagógica se Equilibrando Em Pé
Fonte: Foto Própria

É importante mencionar ainda que os equipamentos utilizados pelo programa MOVE estão disponíveis no Brasil apenas através de importação e são de altíssimo custo, não sendo, portanto, acessíveis economicamente à grande maioria da população. Neste sentido, torna-se imprescindível a adaptação dos conceitos dos equipamentos produzidos pela Rifton com materiais que podem ser encontrados no Brasil por baixo custo.

Reforça-se ainda que os equipamentos não são pré-requisitos para utilização do MOVE, já que os conceitos e a filosofia do programa são muito mais amplos e podem ser colocados em prática sem a utilização dos equipamentos.

Alguns exemplos deste tipo de adaptação dos equipamentos, podem ser andadores (Figura 11), cadeiras (Figura 12) e cadeiras para uso no banheiro (Figura 13).



Figura 11: Andador Adaptado
Fonte: Foto Própria



Figura 12: Cadeira Adaptada com Madeira
Fonte: Foto Própria



Figura 13: Cadeira Adaptada Para o Banheiro
Fonte: Foto Própria

Não se pode negar que a criatividade da população brasileira vem prestando grande contribuição nesse sentido, pois são inúmeras as adaptações criadas por pessoas envolvidas no grande desafio da inclusão: pais, professores, profissionais, funcionários, muitas vezes, através da utilização de materiais simples e de baixo custo.

1.6 O MOVE e o Processo de Inclusão no Brasil

A discussão sobre a adaptação do MOVE para a atual realidade das escolas brasileiras não pode deixar de abordar a questão da inclusão. O termo inclusão vem sendo amplamente discutido em diversas áreas das ciências humanas, principalmente nos meios educacionais, sendo utilizada em diferentes contextos e com variados significados.

No Brasil, as primeiras instituições para o atendimento de pessoas com deficiências sensoriais específicas datam de 1854, entretanto apenas em 1926 (Instituto Pestalozzi) e 1954 (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE), apareceram as primeiras instituições especializadas para o atendimento de pessoas com disfunções severas⁽³¹⁾.

Sabe-se que os alunos com disfunções severas eram atendidos apenas em instituições desse tipo ou então simplesmente excluídos do processo educativo, com base em padrões de normalidade, e que a educação especial mantinha-se apartada em relação à organização e provisão de serviços educacionais⁽³¹⁾.

A Lei da Constituição Federal n°. 7853, de 24 de outubro de 1989, visando garantir igualdade de direitos e oportunidades às pessoas com deficiências, fez constar, entre outros, a obrigatoriedade da inclusão escolar e o oferecimento de educação especial em todos os estabelecimentos públicos de ensino⁽³²⁾.

Depois de tal democratização, a educação brasileira encontra-se de frente com um contra-senso, ou seja, a inclusão e a exclusão, onde ocorre a universalização do acesso ao ensino, mas muitas vezes com a persistência da exclusão de alguns indivíduos e de certos grupos caracterizados como fora dos padrões homogêneos da escola⁽³¹⁾.

A legislação não é suficiente para que a inclusão se efetive, pois esta é baseada em princípios até então considerados incomuns, como: aceitação de diferenças individuais, valorização de cada pessoa, convivência dentro da diversidade humana e aprendizagem através da cooperação⁽³³⁾.

Um dos fatores preocupantes em relação ao processo de inclusão é o fato de que a sociedade aceita pessoas com necessidades especiais desde que sejam capazes de se adaptar ao sistema existente⁽³³⁾.

Ao se incluir um aluno com disfunções num ambiente escolar, é exigido desta instituição um novo posicionamento diante dos processos de ensino e de aprendizagem, através de concepções e práticas pedagógicas mais evoluídas⁽³⁴⁾.

É fundamental reforçar que apenas a presença física dos alunos com disfunções na escola regular não é suficiente para os objetivos da verdadeira inclusão escolar. O processo de inclusão precisa ser acompanhado pela participação dos alunos nas várias atividades acadêmicas, que devem ser preparadas, adaptadas e diversificadas de acordo com as capacidades e habilidades dos alunos⁽³⁵⁾.

Passa a ser fundamental que as escolas não tenham somente alguns professores especializados na atuação de alunos que apresentam necessidades educativas especiais, mas

sim, que todos os professores saibam adequar as estratégias de ensino à especificidade de cada aluno, e saibam lidar com as diferenças existentes em uma mesma sala^(33,34).

Na educação especial, o professor deve ter como base da sua formação, inicial e continuada, conhecimentos gerais para o exercício da docência e conhecimentos específicos da área, possibilitando sua atuação no atendimento educacional especializado. Além disso, deve aprofundar o caráter interativo e interdisciplinar da atuação nas salas comuns do ensino regular, nas salas de recursos, nos centros de atendimento educacional especializado⁽³¹⁾.

Entretanto, a formação do professor para atuar com alunos com necessidades especiais não têm tido destaque condizente com sua responsabilidade pública nessa questão⁽³¹⁾. Surge então a necessidade de modificações específicas no sistema de ensino para a inclusão escolar de alunos especiais, a partir de mudanças, inclusive, nas diretrizes das políticas públicas de inclusão. A participação social dessas crianças depende de ações multidisciplinares e intersetoriais efetivas que garantam condições de moradia, transporte, educação, cultura, lazer e trabalho adequadas às suas necessidades^(33,34).

Devido à diversidade do ambiente escolar e suas atuais necessidades é fundamental que todos os profissionais da saúde e da educação trabalhem juntos. Sendo a atuação dos profissionais da saúde um apoio para que o professor consiga realizar seu trabalho em sala de aula⁽³⁶⁾.

Atualmente existem poucos trabalhos que identificam o fisioterapeuta como profissional de apoio à inclusão e a grande maioria dos artigos existentes prioriza contribuições para a adequação postural no ambiente escolar, orientação aos professores quanto aos aspectos neuromotores, adaptação de mobiliários e material escolar mas não é destacado a parceria entre os profissionais da saúde e educação⁽³⁷⁾.

A inclusão escolar permite ao fisioterapeuta ações objetivas na escola como: informação, prevenção, diagnóstico precoce e terapêutica específica, podendo incluir: eliminação das barreiras arquitetônicas; facilitar acesso aos equipamentos, ao mobiliário e ao material pedagógico/escolar adaptado^(38,39).

O fisioterapeuta pode contribuir de diversas formas no processo de inclusão: trabalhar diretamente com os alunos, visando o alcance de metas pedagógicas; trabalhar

diretamente com os professores e todos os integrantes da equipe, trocando informações e experiências profissionais; trabalhar com adaptações no ambiente escolar, minimizando as barreiras arquitetônicas para facilitar a acessibilidade e locomoção⁽⁴⁰⁾.

O fisioterapeuta pode fornecer suporte ao professor esclarecendo este quanto às capacidades e dificuldades de seu aluno, desmistificando a representação da deficiência; promover atividades de socialização. A ação do fisioterapeuta no ambiente escolar com ênfase ao brincar, é de grande importância, pois promove a troca de informações pela equipe escolar para adequação e adaptação de brincadeiras que envolvam atividades motoras coerentes as habilidades de cada aluno⁽⁴¹⁾.

As informações que o fisioterapeuta recebe do professor passam a ser norteadoras para a atuação do fisioterapeuta, principalmente pelo fato do professor ter maior vivência com o aluno e muitas vezes maior conhecimento das suas necessidades. Isso possibilita com que o fisioterapeuta tenha intervenções coerentes com as necessidades do meio , a fim de que seu apoio seja efetivo⁽⁴⁰⁾.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a percepção dos profissionais envolvidos com crianças com disfunções severas referente à utilização da abordagem do MOVE em uma escola de educação especial na cidade de Paulínia-SP.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar se os profissionais identificam contribuições relacionadas à aquisição de habilidades motoras funcionais e qualidade de vida dos pacientes decorrentes da utilização da abordagem do MOVE dentro da realidade de uma escola de educação especial na cidade de Paulínia-SP

Descrever quais são as vantagens e desvantagens encontradas pelos profissionais que aplicam esse programa em uma escola de educação especial na cidade de Paulínia-Sp.

3 SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa é um estudo de caso de abordagem qualitativa. Tal estudo iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (parecer CEP 441/2009).

Pesquisadores que utilizam o ambiente de educação como objeto de pesquisa, entendem que nesse lugar o processo das relações humanas é dinâmico, interativo e interpretativo, sendo coerente que se baseiem nas técnicas qualitativas⁽⁴²⁾.

O fato de se escolher uma escola comum da rede pública ou uma escola que desenvolva um trabalho diferenciado dependerá do tema de interesse, o que vai determinar se é num tipo de escola ou em outro que a sua manifestação se dará de forma mais completa, mais rica e mais natural⁽⁴²⁾.

A abordagem qualitativa é fundamental por trabalhar com as relações sociais e pode ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis devido ao seu grau de complexidade⁽⁴³⁾.

Neste tipo de pesquisa, o pesquisador tem interesse em conhecer as “qualidades” do seu objeto de investigação. Forma-se uma idéia acerca das propriedades que lhes são inerentes, com a pretensão de apresentá-las em sua essência e tornar-se capaz de distingui-las das outras. A interpretação dos resultados tem base na percepção de um fenômeno dentro de um contexto⁽⁴⁴⁾.

Todos os fenômenos são igualmente importantes, sendo necessário encontrar o significado manifesto e aquele que permaneceu oculto. Procura-se entender a experiência dos sujeitos, as representações que formam e os conceitos que elaboram, sendo estes a referência das análises e interpretações⁽⁴⁵⁾.

Uma das possibilidades da pesquisa qualitativa é o método Estudo de Caso, que inclui tanto estudos de caso únicos quanto de casos múltiplos, podendo abordar análises quantitativas e qualitativas. É uma investigação empírica focada em fenômenos

contemporâneos dentro de seu contexto na vida real, especialmente quando não há definição esclarecida quanto aos limites entre o fenômeno e o contexto⁽⁴⁶⁾.

É utilizado quando se quer analisar acontecimentos contemporâneos mas não se pode manipular comportamentos relevantes, visando a descoberta e fazendo com que o pesquisador não se atenha somente a pressupostos, mas também a novos elementos durante o estudo⁽⁴⁶⁾.

Considera uma situação tecnicamente única onde existe muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, conseqüentemente, baseia-se em diversas fontes de evidências, como os dados precisando convergir em um formato de triângulo, e beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados⁽⁴⁶⁾.

A entrevista semi-estruturada pode ser utilizada no estudo de caso qualitativo. É dirigida por um roteiro com algumas questões de interesse, que o investigador explora durante a entrevista⁽⁴⁷⁾. Nela, o entrevistador apresenta um tópico que o entrevistado deve desenvolver podendo, espontaneamente, explicar uma idéia ou uma experiência e seu significado⁽⁴⁸⁾.

A técnica de entrevista mais adequada para os estudos do ambiente educacional é a que apresenta um esquema mais livre, já que permite mais flexibilidade no momento de entrevistar os professores, os alunos, os pais, entre outros⁽⁴²⁾.

É um instrumento importante para a coleta de informações nas ciências sociais, já que a fala revela condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, transmitindo assim representações de grupos, em condições históricas, socio-econômicas e culturas específicas⁽⁴⁹⁾.

Aborda questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, e oferece amplo campo de interrogativas, decorrente de novas hipóteses que surgem com as respostas do informante. Assim, o informante, segue espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, visando o foco do investigador e participa na elaboração do conteúdo da pesquisa⁽⁴⁷⁾.

Permite que ambos os integrantes da relação tenham momentos para dar alguma direção, representando ganho para reunir os dados segundo os objetivos propostos⁽⁵⁰⁾.

Neste tipo de entrevista, o papel do entrevistador é estimular a expressão dos sentimentos e crenças do entrevistado, bem como, do significado pessoal desses sentimentos e crenças. Para isso é fundamental que o entrevistado não receba conselhos do entrevistador, mas se sinta livre para exprimir-se. Os autores reforçam o uso deste tipo de entrevista em estudos que são focados nas percepções, atitudes, motivações dos indivíduos em relação a algum assunto, pois contribuem para a revelação dos aspectos afetivos e valorativos dos entrevistados⁽⁵¹⁾.

Quando se utiliza a entrevista semi-estruturada, a entrevista piloto é aplicada para avaliar se os componentes do pesquisador foram entendidos pelo sujeito-alvo do estudo e se mostrou adequado e suficiente para colherem-se os dados como inicialmente planejado⁽⁵⁰⁾.

3.2 Local de Realização da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma escola de educação especial na cidade de Paulínia–SP. A escola foi inaugurada em Janeiro de 2002. Esta escola atende adultos e crianças (entre 0 e 40 anos) com disfunções neurológicas severas. A escola possui atendimento terapêutico e acadêmico. Em sua grande maioria, os adultos utilizam apenas o setor terapêutico para atendimentos individuais e as crianças freqüentam as salas de aula e realizam atendimento terapêutico em sala de terapia ou na própria sala de aula, em conjunto com o setor da pedagogia. A escola fornece suporte nas áreas de: pedagogia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, equoterapia, hidroterapia, educação física adaptada e serviço social. A conta também com o serviço de monitoras, que apresentam diferentes formações, desempenhando as funções de trocar fraldas e roupas, alimentar, posicionar e cuidar do bem-estar das crianças no período em que elas estão na escola. A grande maioria das crianças freqüenta a escola das 08hs às 16hs, sendo que normalmente ficam meio período em sala de aula e no outro período em terapias ou sob o cuidado das monitoras.

3.3 Seleção dos Sujeitos

Os participantes deste estudo foram os profissionais que estiveram envolvidos com o projeto de fisioterapia escolar e utilizaram a abordagem apresentada pelo MOVE na instituição entre os anos de 2008 e 2009.

Quanto ao critério de amostragem, na pesquisa qualitativa o tipo de amostra é proposital, visando selecionar casos ricos em informação para estudos em profundidade⁽⁵²⁾. Na amostra proposital o pesquisador deliberadamente escolhe a amostra em decorrência dos objetivos de seu estudo e da acessibilidade dos sujeitos⁽⁵²⁾

Na amostragem da pesquisa qualitativa há uma preocupação menor com a generalização, pois ocorre a necessidade de uma compreensão mais aprofundada e abrangente, sendo essencial que o pesquisador seja capaz de compreender o objeto de estudo⁽⁵³⁾

Na pesquisa qualitativa, a representatividade numérica do grupo pesquisado não é preocupação do pesquisador, pois este está mais focado na compreensão do grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória, etc.⁽⁵⁴⁾

3.3.1 Critérios de Inclusão

Pedagogas e monitoras que estiveram envolvidas com o projeto de fisioterapia escolar que utiliza a abordagem do MOVE na escola de educação especial escolhida entre os anos de 2008 e 2009.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que por algum motivo não estavam mais vinculados a escola escolhida no período de realização da pesquisa ou que apresentaram alterações do quadro de saúde global que impossibilitaram a participação na pesquisa por critérios médicos.

3.4 Instrumentos e Procedimentos para a Coleta e Análise de Dados

O processo de treinamento e aplicação da filosofia do MOVE ocorreu nos anos de 2008 e 2009 na escola, sendo que a coleta de dados deste estudo foi realizada predominantemente no último semestre de 2009 para avaliação do processo da aplicação do programa nesses dois anos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo responsável pela instituição (Apêndice 01) e pelos profissionais envolvidos (Apêndice 02). Foram solicitadas as autorizações para divulgação da imagem aos responsáveis pelas crianças da escola (Apêndice 03) e aos sujeitos envolvidos (Apêndice 04). Foram agendadas as entrevistas piloto (para analisar as possíveis dificuldades no roteiro) e posteriormente as entrevistas semi-estruturada (Apêndice 05).

Foram realizadas 17 entrevistas, sendo 02 pilotos. Todas as entrevistas foram realizadas por uma segunda pesquisadora que também foi treinada na filosofia do MOVE, mas que não possui vínculo direto com as pedagogas e monitoras na fisioterapia escolar. Isso foi feito para evitar que o possível vínculo entre a pesquisadora do estudo com as pedagogas e monitoras envolvidas na fisioterapia escolar, alterasse os dados das entrevistas.

Após a realização da entrevista semi-estruturada, foi aplicado um questionário (Apêndice 06), no qual foram obtidos os dados pessoais dos sujeitos entrevistados, visando esclarecer o período que cada profissional trabalhou com o método na instituição e a formação acadêmica dos participantes.

As entrevistas semi-estruturadas foram posteriormente transcritas literalmente e submetidas a um processo de análise categorial do conteúdo. A análise do conteúdo se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação oral, visual, gestual, visando a compreensão do significado da comunicação⁽⁵⁵⁾.

Este método consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos que visam a aplicação da objetividade, sistematização e influência aos discursos diversos, sendo atualmente utilizada para analisar o material qualitativo, em busca da melhor compreensão de uma comunicação ou discurso, extraindo os aspectos mais relevantes⁽⁵⁵⁾.

Entre as técnicas utilizadas para a realização da análise de conteúdo destacam-se a análise léxica e a análise categorial. A análise categorial consiste no desmembramento do discurso em categorias, onde os critérios de escolha e de delimitação são orientados pela dimensão da investigação dos temas relacionados ao objeto de pesquisa, identificados nos discursos dos sujeitos pesquisados⁽⁵⁵⁾.

A análise de conteúdo possibilita ainda a liberdade para realização de inferências e proporciona compreensão dos diversos significados contidos nas entrevistas⁽⁴⁶⁾.

As categorias selecionadas após a leitura minuciosa das entrevistas, foram:

- 1) Percepção dos profissionais sobre a filosofia do move
 - a. Percepção inicial dos profissionais sobre a utilização do MOVE
 - b. Percepção dos profissionais sobre os aspectos humanitários da saúde
 - c. Percepção dos profissionais sobre a equipe no MOVE
 - d. Percepção dos profissionais sobre o cotidiano e a interação social
 - e. Percepção dos profissionais sobre expectativas e potencial das crianças
- 2) O MOVE atuando na mudança de rotina dos profissionais
- 3) Contribuições percebidas através da aplicação do MOVE
- 4) As dificuldades percebidas através da aplicação do MOVE

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 – Caracterização dos Sujeitos

Através do questionário foi possível verificar o perfil dos sujeitos da pesquisa.

	Profissão	Escolaridade	Tempo de atuação na Instituição	Tempo de Atuação com o Método	Trabalhando com o método na época de realização da pesquisa	Já trabalhou com crianças especiais antes
Entrevista 1	Coordenadora da Monitoria	Superior Incompleto	8 anos	3 anos	Sim	Não
Entrevista 2	Monitora	Ensino Médio Completo	6 anos	Pouco tempo	Não	Não
Entrevista 3	Monitora	Ensino Médio Completo	4 anos	3 anos	Sim	Não
Entrevista 4	Pedagoga	Superior Completo	4 anos	2 anos	Sim	Não
Entrevista 5	Monitora	Ensino Médio Completo	5 anos	2 anos	Sim	Não
Entrevista 6	Monitora	Ensino Fundamental incompleto	7 anos	-----	Sim	Não
Entrevista 7	Pedagoga	Superior Completo	10 meses	10 meses	Sim	Sim
Entrevista 8	Monitora	Ensino Médio Incompleto	4 anos	-----	Sim	Não
Entrevista 9	Monitora	Ensino Médio Incompleto	8 anos	2 anos	Não	Sim
Entrevista 10	Monitora	Ensino Médio Incompleto	5 anos	1 ano	Sim	Não
Entrevista 11	Monitora	Ensino fundamental completo	4 anos	4 anos	Sim	Sim
Entrevista 12	Monitora	Superior Incompleto	6 anos	2 anos	Sim	Sim
Entrevista 13	Pedagoga	Superior Completo	2 anos	1 ano	Não	Não
Entrevista 14	Monitora	Superior Incompleto	3 anos	6 meses	Não	Não
Entrevista 15	Pedagoga	Superior Completo	6 anos	2 anos	Sim	Não

Quadro 01: Caracterização dos participantes da pesquisa

Observações:

O entrevistado 1 relatou no questionário que o vínculo dela com o MOVE desde o começo foi observar a aplicação do programa durante seu trabalho de coordenar a equipe.

Os entrevistados 6 e 8 tiveram dúvidas sobre o tempo de trabalho com o programa

4.2– Categorização dos Dados

4.2.1 Percepção dos Profissionais Sobre a Utilização do MOVE

4.2.1.1 Percepção Inicial dos Profissionais Sobre a Utilização do MOVE

Quando se pensa na implantação de uma nova filosofia de trabalho dentro de uma instituição, é fundamental que se considere o processo envolvido para que os profissionais se adaptem a ela.

Pelo MOVE ter uma abordagem diferente do que os profissionais estão acostumados e nunca ter sido aplicado no Brasil, foi necessário um período de adaptação com o programa.

Ao comentar sobre a aplicação inicial do programa em um centro de educação especial nos EUA e focando a necessidade de adaptação com o programa, Keith Whinnery e Stacie Whinnery, relataram que inicialmente trabalhava-se a marcha apenas em contextos dentro da sala de aula e só depois essa atividade foi generalizada para o parque e/ou corredor⁽⁵⁶⁾.

Isso demonstra que quando os profissionais passam por um treinamento e começam a aplicar uma filosofia nova em seu cotidiano de trabalho, não é logo no início que eles conseguem realizar na prática tudo aquilo que aprenderam na teoria:

“Tipo assim, para colocar uma criança de pé... no começo eu... aí aos poucos que eu ia conseguindo me adaptar com aquilo. Tipo, pra por uma tala.. aos poucos eu ia fazendo até ir me acostumando, até pegar o jeito”. – Entrevista 3

“Me lembro desde quando o curso foi ministrado e no começo a gente teve um pouquinho de dificuldade pra, pra, adaptar, entender, mas agora acho que tá tudo mais claro” – Entrevista 15

“Ah, no início, no caso, para mim que nunca tinha, né, trabalhado com isso foi meio difícil. Mas as coisas são bem fáceis de pegar” – Entrevista 8

Falando sobre sua experiência com o programa piloto do MOVE nos EUA, Linda Bidade, referiu que antes do início da aplicação do programa, era evidente a falta de conhecimento de todos os profissionais envolvidos, sobre como lidar com as necessidades das crianças e como estimulá-las para obter melhores resultados⁽²²⁾.

Para Bidade, os profissionais normalmente trabalhavam de maneira isolada, desenvolvendo suas próprias metas e intervenções, resultando em dificuldades de organização das intervenções em crianças com disfunções severas. A frustração dos profissionais por não saberem como alcançar os resultados que queriam com as crianças, também era evidente⁽⁵⁷⁾.

Essa necessidade de adaptação inicial dos profissionais com o programa apareceu nos relatos das entrevistas realizadas após o início da aplicação do MOVE na instituição estudada. A fala dos profissionais mostrou que logo após o início da aplicação do programa, eles perceberam mudanças no seu trabalho, se tornaram mais esclarecidos e passaram a aceitar a filosofia do programa e considerá-la importante e necessária:

“Ah, eu fiquei, eu achei meio estranho na hora. (risadas) No começo eu achei um pouco, eu achei que a gente não ia adaptar muito não. Mas algumas coisas acho que andam dando certo que foi mais fácil do que eu pensava” – Entrevista 10

“E eu percebi isso, antes do MOVE, de ser introduzido o MOVE aqui na escola, as monitoras, professores, já faziam MOVE, mas não tinham noção, né, da importância...” – Entrevista 14

“A gente tinha muita dúvida né, e a gente, eu, pelo menos eu, eu aprendi bastante com isso, eu não sabia o tanto que era necessário, mas eu aprendi bastante coisa” – Entrevista 6

“...o objetivo do movimento, o objetivo da nossa atividade em sala de aula, aquele movimento específico para aquela atividade. Eu acho que hoje em dia tá tudo mais claro, né.” – Entrevista 15

“... foi tudo muito novo. Até porque eu não tinha né, experiência nenhuma com esse tipo de, assim, não não conhecia realmente. Pra mim foi assim o máximo, me me empolguei, cai de cabeça, realmente, né, gostei muito mesmo” – Entrevista 11

“é que assim, eu aceitei bastante o protocolo MOVE, eu gostei muito desde o início que a gente fez o curso, que a fisioterapeuta propôs, porque a gente conheceu uma outra realidade”. – Entrevista 4

4.2.1.2 Percepção dos Profissionais Sobre os Aspectos Humanitários da Saúde

Sobre sua experiência com o MOVE, Bidabe referiu que os resultados positivos começaram a surgir, quando os terapeutas e professores passaram a conhecer melhor as crianças, a trabalhar de maneira mais ativa com elas e a associar a aprendizagem de habilidades motoras e pedagógicas⁽⁵⁷⁾.

É por esse motivo, que um dos principais objetivos do MOVE, é fazer com que todos os envolvidos com crianças com disfunções severas, tenham maior conhecimento das necessidades destas e saibam qual a melhor forma de lidar com elas no cotidiano^(22,23,30).

Alguns relatos demonstraram que com a aplicação do MOVE, os profissionais perceberam a importância de conhecer melhor as crianças com as quais trabalham, considerando positivo o fato de estarem mais esclarecidos e saberem como lidar melhor com elas.

Ah, mudou, que aí a gente aprende mais como lidar com as crianças né. Como lidar, como é... ah, pra cuidar também né... mudou bastante...” – Entrevista 3

“Ah, no modo de você cuidar das crianças realmente né, é uma coisa importante, se você não tiver, assim, um acompanhamento, se você não souber realmente trabalhar com elas, fica complicado, se você não souber um pouquinho né. Foi muito bom, venho aprendendo até hoje realmente com isso ainda” - Entrevista 11

“... não tinha isso antes, e era assim, difícil para nós também tá lidando com as crianças” – Entrevista 12

“Que aí a gente aprende mais como lidar com as crianças né” – Entrevista 3

“A forma como eu to aprendendo a lidar mais”. – Entrevista 3

“...a parte da fisioterapia é importante, porque quer queira quer não, ela acaba auxiliando na distribuição do peso, como lidar com cada criança, cada dificuldade, cada deficiência que a criança tenha” – Entrevista 8

“contribuiu bastante para que eu possa tá trabalhando com eles, né, tipo, de uma maneira melhor, mais adequado, como mexer com eles né, como... isso ajudou bastante” – Entrevista 13

“Ah, foi diferente, pelo fato de a gente ter mais contato com as crianças, né, com os alunos em si.” – Entrevista 14

Essa percepção dos profissionais sobre a importância de se ter um olhar mais amplo para a criança, encontra-se de acordo com os aspectos humanitários da saúde⁽⁵⁸⁾. A humanização da saúde representa a busca de um ideal, surgindo em muitas frentes de

atividades, com diversos significados e tem representado um conjunto de aspirações por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos^(58,59).

Nos serviços de saúde, algumas características dessa intenção humanizadora, são: melhorar a relação médico-paciente; organizar atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; denunciar a “mercantilização” da medicina, entre muitas outras⁽⁵⁸⁾.

Torna-se então fundamental compreender o desenvolvimento humano em condições diferenciadas, fornecendo subsídios para fundamentar estratégias de avaliação e intervenção terapêuticas mais adequadas, centradas no indivíduo, sua qualidade de vida e dignidade^(58,59).

O fato das crianças com comprometimentos severos se tornarem adultos que ainda apresentarão disfunções, fez com que as modalidades atuais de intervenção passassem a se preocupar mais como as condições de vida de cada paciente⁽¹⁰⁾.

Esses conceitos são fundamentados por diversos artigos que enfatizam a importância da terapia centrada no paciente com: individualização do tratamento, e muita preocupação com a sua qualidade de vida^(59,60,10).

Levando esses aspectos em consideração, o MOVE apresenta uma filosofia baseada nos aspectos humanitários, centrada nas necessidades específicas de cada criança e acredita que as crianças com disfunções severas apresentam necessidades extremamente complexas, sendo fundamental que passem a serem vistas, de maneira integral, como pessoas com características e personalidades únicas⁽²³⁾.

Para o programa, é ainda fundamental que através do tratamento a criança atinja determinadas habilidades e demonstre um aumento significativo em sua qualidade de vida^(22,23).

Em alguns relatos os profissionais entrevistados demonstraram que a partir da implementação do MOVE na instituição, perceberam a importância de uma abordagem voltada para os aspectos da humanização, onde a criança é vista integralmente.

“Mas mudou bastante, ela fez, como, uma coisa. a gente trabalhar a criança inteira, né, braço, perna, sorriso, sabe, então, trouxe muita coisa boa mesmo” – Entrevista 9

“...ter uma percepção legal da criança dentro não só daquela fisioterapia fechada que era só de alongamento, alguma coisa, assim, fechada” . – Entrevista 1

“eu acho que a maior mudança, assim, foi a de a gente proporcionar um trabalho um trabalho mais ligado no aluno, então, não de deixar na cadeira né, que acho que isso que foi mais bacana” – Entrevista 4

“Mas eu acredito que, eu acho que aí é tudo né, mesmo a motora como a pedagógica, porque como a gente trabalha o todo, e a gente aplica o MOVE, então, assim, o que eu pude perceber é que antes de acontecer o MOVE era diferente, parecia que era uma coisa mais mecânica, aquela coisa mais rotineira e o MOVE não, porque ele é bem amplo né então proporciona bastante coisa bacana” – Entrevista 4

Um dos focos de qualquer abordagem humanitária, que apresenta uma visão ampla e voltada para o próprio indivíduo, é proporcionar melhora para o bem-estar e qualidade de vida do paciente. A importância do tratamento que foca essas questões também foi percebida pelos profissionais:

“eu consigo entender sim, uma qualidade de vida melhor para as crianças e a gente aprende também bem mais como profissional” – Entrevista 9

“Ah, eu acredito que é para o bem estar da criança, pra não tá atrofiando, né, eu entendo que seja isso que ela pede, né” – Entrevista 12

“Entendo porque, tipo assim, pra tá ajudando a criança né. Ah, pro bem da criança, né, então...” – Entrevista 3

Observa-se nos relatos, que os profissionais passaram a valorizar mais seu trabalho e ter uma visão diferenciada sobre a maneira de se relacionar com as crianças, conseguindo relatar sua percepção sobre a importância dessa abordagem mais humana.

“eu deixei de ver o meu trabalho como uma coisa, assim, totalmente técnica e humanizou mais né, é, em relação ao contato, é, de poder não trabalhar só com a parte de enfermagem, mas tá propiciando condições melhor para as crianças, né, de visão mesmo, de orientação, até com os monitores, tudo, foi bom” – Entrevista 14

4.2.1.3 Percepção dos Profissionais Sobre a Equipe no MOVE

Em conjunto com as propostas de humanização, para que o tratamento seja realmente focado na necessidade de cada indivíduo, a valorização das inter-relações humanas e do trabalho em conjunto de toda a equipe é fundamental⁽⁵⁸⁾.

Para que expansão das oportunidades de aprendizado das crianças ocorra de maneira adequada, é extremamente necessário o trabalho em conjunto de toda a equipe, pois isso permite com que o aprendizado ocorra de maneira contínua no decorrer do dia⁽²³⁾.

Visando proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente, o papel de toda a equipe é trabalhar em conjunto para avaliar o contexto de desempenho de atividades e tarefas, as condições do ambiente em que a pessoa vive, as reais necessidades, prioridades e os problemas do dia-a-dia, procurando identificar as situações específicas de limitação e as soluções possíveis, para que haja melhor assistência no cuidado^(61, 62).

Por reconhecer os benefícios de uma abordagem multidisciplinar na qual todos os membros da equipe trabalham de maneira colaborativa, o MOVE não é um programa elaborado exclusivamente para terapeutas (Figura 14). Este programa traz considerações gerais sobre o trabalho com crianças que apresentam disfunções severas enfatizando a importância da equipe multidisciplinar nesse contexto⁽²²⁾.

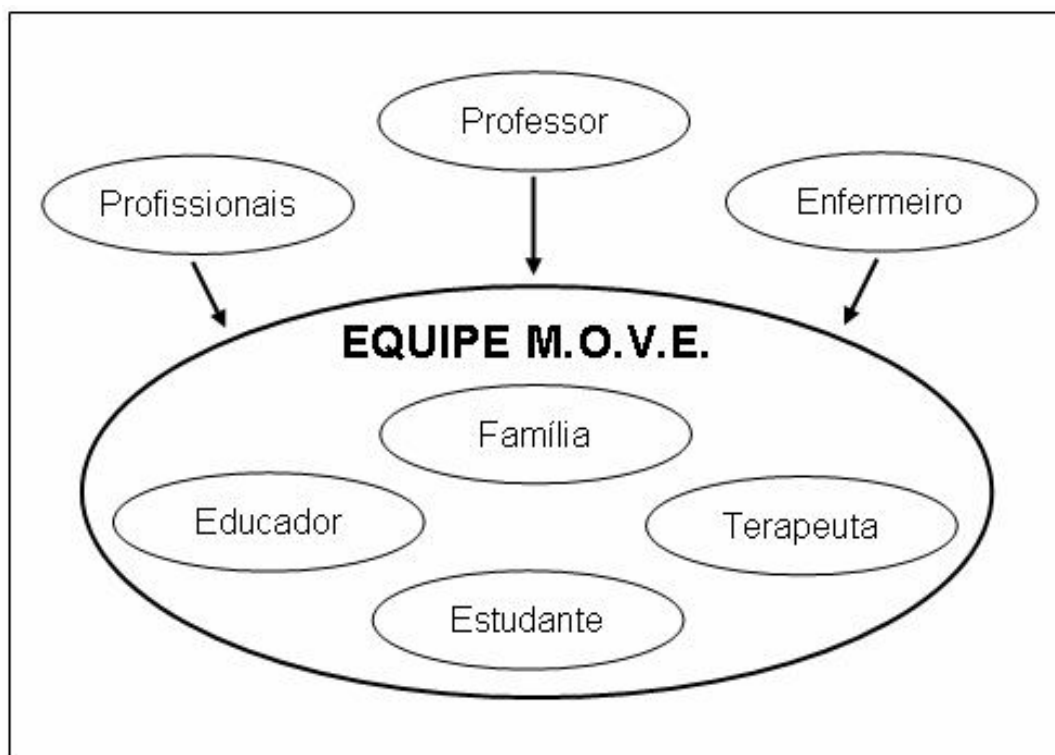


Figura 14: Equipe necessária para a implementação do programa MOVE
Fonte: THOMSON, 2005, p. 245.

Seguindo essa filosofia, é fundamental a parceria entre todos os profissionais ao lidar com as principais dificuldades que a criança apresenta, para que a criança seja estimulada através de oportunidades naturais de aprendizado no cotidiano⁽¹⁴⁾. As metas que o programa utiliza são estabelecidas de maneira comum e de acordo com as prioridades, objetivos e sonhos dos pais, sendo fundamental que a equipe considere todos os aspectos do paciente e de sua vida^(23,56,61, 29).

Realizando um trabalho onde toda a equipe participa do processo de aprendizagem de habilidades motoras significativas, é possível associá-las com aspectos pedagógicos, de comunicação e socialização, permitindo que o aprendizado não seja trabalhado de maneira isolada⁽⁶¹⁾.

Levando em consideração a escola onde o programa foi aplicado, reforça-se a importância dos professores e monitores no contexto do trabalho em equipe, pois os alunos passam a maior parte do dia com esses profissionais. Os relatos das entrevistas

demonstraram que com o MOVE, estes passaram a perceber a importância e os benefícios do trabalho em equipe e começaram a se sentir mais atuantes dentro da equipe de profissionais que estimulam o desenvolvimento das crianças:

“Então, é, perceber que hoje o monitor é capaz, também, de tá desenvolvendo esse trabalho, eu acho que é muito estimulante pro monitor também. Isso faz com que a gente queira realmente participar, e vê olha só que legal, a fisioterapia tem um resultado bacana e é alguma coisa que eu posso ajudar também”. – Entrevista 1

“...quando eu fiz, aprendi, teve o curso aqui sobre o MOVE, é, eu achava que seria uma coisa assim, relacionada mais à fisioterapeutas e que a gente de outras áreas não teria tanto o porque fazer. Mas de repente você acaba vendo que você pratica o MOVE todos os dias né” – Entrevista 14

“Além de trabalhar o interdisciplinar que é a professora trabalhando sobre as orientações da fisioterapeuta” – Entrevista 4

“...são duas áreas que eu acho que dá muito certo, a fisio com a escolar né, então, ajuda muito, eu ajudo ela e ela me ajuda. Então é 100% legal”. – Entrevista 7

É fundamental ressaltar ainda, que para o MOVE a participação da família no contexto da equipe multidisciplinar é um fator fundamental no tratamento de crianças com disfunções severas⁽²³⁾.

A mobilidade e a comunicação em desenvolvimento das crianças com disfunções severas devem ser incentivadas pela família e não apenas pela equipe de pessoas da escola que a auxiliam a ser a mais funcional possível, tendo em vista o desenvolvimento das habilidades e recursos necessários para atingir êxito em determinada tarefa⁽³⁾.

“O contato com os pais, tá mostrando isso com os pais, né, de tá levando, como que ele pode usar uma cadeira em casa para estimular o filho, e eu acho que isso foi válido,

assim, é interessante, né, trouxe, porque as vezes as mães se sentem presas né, como estar ajudando os filhos em casas porque não tem conhecimento né, mas isso mostrou também, porque os funcionários tentam passar isso para os pais, os pais fazem em casa e tem o retorno...”- Entrevista 14

A existência de uma criança com disfunções severas acarreta em um impacto para toda a família, podendo ocorrer sentimentos de culpa, medo de perder o vínculo, a desconfiança em relação às atitudes dos profissionais envolvidos e às informações prestradas. O desconhecimento do diagnóstico e suas consequências pela família é muitas vezes decorrente do distanciamento mantido pelos profissionais da equipe e costuma aumentar essas angústias^(63,64).

As famílias precisam ser preparadas pela equipe para promover o envolvimento natural da criança com a comunidade e integrá-la à sociedade. Para que isso seja possível é necessário que a família aceite a criança e transmita valores que contribuirão para a formação de sua identidade pessoal e social⁽⁶⁴⁾.

O tratamento deve ter relação com todas as pessoas com os quais a criança convive. Isso acontece pelo fato de que fornecer estrutura e subsídios à família é a melhor forma de se garantir que a criança seja tratada adequadamente⁽⁶⁵⁾.

4.2.1.4 Percepção dos Profissionais Sobre o Cotidiano e a Interação Social

“... e hoje você vê que com um lápis você pode estimular uma criança, você, uma tinta, é, né, um abraço, um aperto de mão, estimular a criança à te ver, né, e ver o que acontece ao redor dela” – Entrevista 14

Como prova da importância do contexto natural e da funcionalidade humana, em estudos realizados com um grupo de crianças com Paralisia Cerebral (PC) leve e moderada, concluiu-se que é na limitação funcional, ou seja, durante o desempenho de atividades e tarefas de rotina diária que a incapacidade dessas crianças torna-se evidente⁽⁵⁹⁾.

O termo “limitação funcional” descreve problemas de atuação e realização de ações, tarefas ou atividades e o termo “Aprendizado Motor” é definido como sendo a aquisição de novas habilidades motoras através de vivências e experiências cotidianas⁽⁶⁶⁾.

As crianças que apresentam disfunções severas, geralmente não possuem capacidade de realizar habilidades motoras consideradas simples e, muitas vezes apresentam limitações em todas as áreas do movimento funcional, ou seja, não conseguem se manter e adequar em tarefas posturais sem o auxílio de dispositivos, não possuem mobilidade independente e apresentam déficits na manipulação de objetos⁽²³⁾.

É, importante considerar ainda que indivíduos com comprometimentos neurológicos severos desempenham menor variedade de atividades diárias e tem menor participação em atividades sociais, acadêmicas e de recreação, dificultando sua atuação no ambiente escolar e em outros ambientes fundamentais para sua vivência e aprendizado⁽⁶⁷⁾.

As limitações podem ser observadas no cotidiano da criança através de atividades motoras grossas, finas ou ainda na comunicação. Alguns exemplos dessas restrições incluem a incapacidade de se transferir independentemente da cama para a cadeira, não realização de atividades de higiene ou alimentação de maneira independente, entre outras⁽²³⁾. Sabe-se ainda que a participação parcial das crianças nessas atividades é uma maneira apropriada para a atuação destas na escola e na comunidade⁽²²⁾.

O cotidiano promove diversas formas de aprendizado, oferecendo ao indivíduo inúmeras experiências e oportunidades que acontecem em diferentes ambientes sociais e físicos. Nesses locais, ocorre a interação com pessoas, materiais e objetos, fazendo com que o desenvolvimento motor e comportamento sejam estimulados⁽⁶⁸⁾.

“...de uma simples cadeira você fazer um instrumento de trabalho, ou então de uma marcha de uma criança você vê uma evolução, entendeu, e usar aquilo pra para o desenvolvimento da criança mesmo em si” – Entrevista 14

Acredita-se ainda que o ambiente clínico não possibilita ao paciente uma condição funcional adequada em seu cotidiano, pois o movimento funcional deve ser planejado conforme aspectos decisivos do ambiente para alcançar o objetivo da ação, sendo comum o

paciente não se sentir motivado e perder a sensação de precisar superar seus limites. O paciente, neste caso, possui poucas expectativas e se satisfaz com um nível relativamente baixo de realização⁽⁹⁾.

Está cada vez mais comprovado o conceito de que a reabilitação deve ter como principal objetivo fazer com que o paciente se torne completamente adaptado às necessidades do seu cotidiano, enfatizando a funcionalidade no contexto ambiental da criança. Acredita-se que as crianças aprendem melhor em ambientes e contextos naturais, pois estes possibilitam que as mesmas usem suas habilidades motoras no decorrer do dia⁽¹⁴⁾.

A vida rotineira da criança (na casa, escola e comunidade) passa a ter fundamental importância por proporcionar constantes oportunidades, através de atividades de como se alimentar, ter contato com a água durante o banho e ao escovar os dentes, rotinas diárias como horário estabelecido para ir dormir, ir ao parque, explorar a natureza, lazer, entre muitos outros⁽⁶⁹⁾.

“Achar que eles tem que ficar só na cadeira, não, proporcionar outros espaços, outros ambientes que antes nós não tínhamos essa percepção e que isso foi passado acredito que dentro do MOVE”. – Entrevista 1

“porque só ficar assim, que nem, a criança fica na cadeira, cadeira, para elas num tava tendo valor nenhum, eu acho, na minha parte né, mas com esse trabalho aí, ajudou, ajudou e vem ajudando muito né”. – Entrevista 13

A reposta motora é influenciada em grande parte pela limitação postural, motivação, emoção e sensações táteis, visuais e proprioceptivas. A capacidade adaptativa e as estratégias de desempenho do SNC necessitam serem desenvolvidas através de estímulos cotidianos, sendo que a criança com respostas adaptativas precárias e de estímulos, possui estratégias diferentes daquelas cujos mecanismos posturais são eficientes e eficazes. Este conceito tem grande significado na discussão da estimulação da criança em seu ambiente natural de aprendizado⁽¹⁸⁾.

A denominação “Ambientes Naturais de Aprendizado” tem sido utilizada por pesquisadores, que estudam o desempenho funcional de crianças com comprometimento neurológico, para caracterizar aqueles ambientes onde as mesmas vivem, brincam e aprendem, proporcionando atividades rotineiras que são importantes para seu desenvolvimento. Ou seja, há uma melhora no aprendizado em ambientes e contextos naturais, pois estes possibilitam a vivência de habilidades motoras no decorrer do dia⁽⁷⁰⁾.

Os ambientes naturais de aprendizado devem então ser considerados, conhecidos, avaliados e adaptados pela equipe terapêutica, a fim de potencializar o ganho funcional da criança⁽⁵⁹⁾. A participação em atividades infantis diárias passa a ter um papel fundamental para o desenvolvimento social e motor das crianças⁽⁶⁷⁾.

As habilidades motoras são aprendidas pela criança através de práticas repetitivas e devem ser realizadas em condições funcionais, ou seja, com a participação ativa da criança em busca de soluções motoras em seu cotidiano sem grande ajuda do terapeuta. Acredita-se também, que a fisioterapia funcional tem efeitos positivos tanto para a capacidade motora da criança quanto para a ação e independência desta em seus diversos ambientes, tendo como principal objetivo o desenvolvimento das habilidades motoras significativas e de difícil execução no cotidiano, e que correspondam às prioridades dos responsáveis e da própria criança⁽¹⁶⁾.

Uma vez que a atuação da criança não depende apenas da sua capacidade motora, mas também de fatores físicos, sociais e temporais, torna-se necessário discutir as relações existentes entre os resultados alcançados pelo fisioterapeuta no ambiente clínico e a repercussão dos mesmos na prática funcional cotidiana da criança⁽¹⁹⁾.

“.. de tirá-los mesmo da cadeira e a gente levá-los para prancha, rolo, enfim, vários materiais aí de vários recursos” – Entrevista 4

“Então, isso fez com que as crianças desenvolvessem mais, acho que essa, tirar um pouco desse lugar só de cadeira”. – Entrevista 1

Pelo fato do ambiente apresentar diversas características que interferem na função humana, o movimento funcional deve ser planejado conforme os aspectos decisivos do ambiente para que seja possível alcançar o objetivo da ação⁽⁹⁾.

A reabilitação funcional deve então ter como principal objetivo fazer com que o paciente se torne completamente adaptado ao ambiente, enfatizando a acessibilidade no contexto ambiental da criança⁽¹⁴⁾.

Sendo coerente com os conceitos mencionados, o MOVE pressupõe que qualquer criança é capaz de aprender habilidades motoras, desde que os respectivos terapeutas, responsáveis, cuidadores e/ou professores tivessem tempo e dedicação suficiente para que atingissem determinados objetivos, ou seja, deveriam receber estimulação constantemente⁽²²⁾.

Para que a criança seja capaz de aprender habilidades motoras, é ainda necessário que os terapeutas questionem o que a criança precisa e precisará para ter uma participação adequada na sociedade⁽²³⁾.

A filosofia proposta pelo MOVE visa então a formulação de metas de tratamento associada com a participação do indivíduo na sociedade e a promoção de atividades e adaptações significativas para a criança, que podem ser facilmente adaptadas de acordo com as características do cotidiano de cada indivíduo, fazendo com que esta treine habilidades motoras no decorrer do seu dia e na maior parte das atividades, com as pessoas que convivem com ela diariamente^(22, 61).

As atividades enfatizadas são, portanto, aquelas necessárias ao dia-a-dia, como se alimentar, subir ao ônibus, ir ao banheiro, se locomover de um lugar para o outro, entre outras, são utilizadas como oportunidades naturais de aprendizado, sendo que o desenvolvimento da mobilidade motora é considerado fundamental para a cognição, a comunicação, o aprendizado e a socialização da criança⁽²²⁾.

Levando isso em consideração, torna-se fundamental a percepção dos profissionais sobre a importância da promoção de oportunidades de aprendizado motor em todos os ambientes freqüentados para que a criança adquira funcionalidade e independência:

“De saber porque ta sendo feito aquilo não simplesmente porque tava alongando, não simplesmente porque tava sentando num rolo, mas porque aquilo ali ta ajudando a criança a desenvolver o motor dela na sala de aula”. – Entrevista 1

Além de terem relatado sobre a estimulação motora nos diversos ambientes freqüentados pela criança, ficou bastante claro que os profissionais puderam perceber o quanto a própria participação deles, ao estimular o desenvolvimento motor das crianças no cotidiano, é importante nesse processo:

“E a gente, mesmo o dia que a fisioterapeuta num tá, a gente tenta colocar aquilo que ela fez no, no, dia né. Então a gente vai, no dia-a-dia a gente vai colocando as nossas práticas também, aprendendo com ela” – Entrevista 6

“A gente tá lá para dar continuidade no que ela explica pra gente né. Porque como ela vai, acho que uma vez, né, na semana, então a gente tenta dar procedimento no que ela explica, no que diz.”- Entrevista 6

“Então essa foi a diferença, claro que dificuldades virão, ou terão, mas né, a gente usa uma bola, né, um quadrado, a gente aplica o MOVE” – Entrevista 14

4.2.1.5 Percepção dos Profissionais Sobre Expectativas e Potencial das Crianças

Quando se fala sobre problemas neurológicos na infância, é de extrema importância que os profissionais envolvidos compreendam a repercussão do diagnóstico e do próprio tratamento para a família da criança com disfunções severas.

A antropologia médica ressalta a percepção da saúde por uma perspectiva cultural, ou seja, é fundamental abordar a doença e seu impacto por meio de um processo subjetivo e coletivo, que engloba valores, regras, crenças e expectativas, sendo assim plausível de inúmeras interpretações⁽⁷¹⁾.

O diagnóstico pode levar a várias reações que dependem de fatores como o grau de instrução, conceitos e preconceitos familiares, fatores de ordem cultural e do tipo de abordagem utilizada pelos profissionais envolvidos no início e no acompanhamento do caso⁽⁷²⁾.

As reações desencadeadas devido a um acometimento estão relacionadas com as interpretações de cada indivíduo sobre o acontecimento. Essas interpretações são construídas através das diversas maneiras de conhecimento do mundo a sua volta e a sua compreensão da realidade⁽⁷¹⁾.

Considerando esses fatores, uma programação terapêutica e educacional precoce e um amplo suporte para essa família pelos profissionais envolvidos, tem um forte papel no favorecimento da saúde emocional para a criança e a família⁽¹¹⁾.

O entendimento das necessidades particulares de cada aluno com deficiência é extremamente necessário, inclusive no ambiente escolar, assim como a troca de informações sobre os aspectos específicos relacionados às suas dificuldades e a explicitação do potencial de cada criança, desmistificando incapacidades que não são próprias de cada quadro de deficiência e impedindo a imposição de limites a partir de estereótipos relacionados a algumas deficiências. Essas informações podem proporcionar subsídios para os professores durante o planejamento das atividades pedagógicas⁽²³⁾.

É ainda essencial valorizar respostas positivas de desenvolvimento e evitar identificação excessiva das incapacidades, não só no início, mas no decorrer de todo o desenvolvimento da criança^(11, 57).

De acordo com a filosofia do MOVE, ao se lidar com crianças que apresentam disfunções severas, não se pode levar em consideração apenas suas limitações funcionais, sendo fundamental reconhecer seus pontos positivos e reforçá-los durante o aprendizado das habilidades, ao invés de tentar apenas tratar seus problemas⁽²³⁾.

Como o programa se torna parte integrante do cotidiano da criança, são valorizadas as capacidades e não as dificuldades desta, o que leva a um melhor aprendizado através de oportunidades naturais^(73,56).

O MOVE acredita no reconhecimento de que cada criança tem aspectos positivos, que devem ser reforçados e desenvolvidos, amenizando os pontos negativos⁽²³⁾.

A intervenção terapêutica passa a ter como um dos seus objetivos prevenir ou minimizar as incapacidades, sendo esta última, o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente, muito mais relevante do que a própria condição clínica (patologia)⁽²⁰⁾.

As pessoas envolvidas com crianças com disfunções severas devem ter como maior objetivo descobrir as habilidades e o potencial da criança⁽¹⁵⁾. Essa percepção por parte dos profissionais, após o início da aplicação do MOVE, foi demonstrada em alguns relatos:

“o olhar que a gente tinha até para a criança, mudou. A gente viu que eles têm mais capacidade de fazer as coisas, o que a gente achava que era limitação deles, agora a gente vê, eu vejo, com outro olhar, a própria criança mesmo. Então essas orientações ajudou muito, no trabalho da gente e na visão com criança especial” – Entrevista 5

“É saber como usar marcha em cada um, o limite de cada criança” – Entrevista 8

“Quando a gente fala assim, MOVE, a gente sempre fica atento no que é passado pra gente, trabalhar em cima da dificuldade. Mas eu acredito que, eu acho que aí é tudo né, mesmo a motora como a pedagógica” – Entrevista 4

Foi relatado também pelos profissionais a importância das próprias crianças descobrirem quais são seus limites e serem capazes de superá-los:

“Então o L., descobriu que ele pode, ele descobriu que ele pode andar sozinho, coisa que acho que ele andava parado” – Entrevista 10

“...ele num quer mais perder, ele se descobriu, ele tá, ele descobriu que ele pode. Eu acho que antes ele era contido”. – Entrevista 10

“Tem uma aluna mesmo que ela já se condicionou, ela sabe onde ela tem que sentar, ela sabe o limite dela. Ela sabe que não é capaz de ir sozinha e ela pega na mão, né...”- Entrevista 8

Esses fatores fundamentam a importância de se conseguir capacitar os educadores em relação aos tipos de dificuldades geradas por cada deficiência, além da introdução de novas formas de participação pelos próprios alunos, em diferentes atividades⁽³⁸⁾.

4.2.2 O MOVE Atuando na Mudança de Rotina dos Profissionais

Em uma pesquisa realizada com professores e monitores de diversas escolas de educação especial nos EUA, Linda Bidade concluiu que antes de utilizar o MOVE como filosofia de trabalho, os profissionais estavam sobrecarregados e exaustos, existia uma grande dificuldade em ensinar as crianças, devido ao tempo que era gasto cuidando delas e realizando atividades de vida diária como alimentação e higiene^(22,23).

O MOVE acredita que a melhor solução para esse problema é a união das atividades de vida diária com a educação e com o uso de habilidades motoras, passando a ser extremamente necessário que as crianças ajudem mais nas atividades de vida diária para reduzir o gasto energético necessário com os cuidados destas^(22,23).

O MOVE foi criado visando o uso da educação como forma de adquirir habilidades motoras, promovendo oportunidades naturais para prática de habilidades motoras durante atividades pedagógicas e reduzindo o esforço necessário para cuidar de crianças com disfunções severas^(22,23).

Para que isso ocorresse na escola onde a pesquisa foi realizada, era necessário que as monitoras e pedagogas mudassem sua rotina na escola, uma das principais mudanças foi a incorporação do uso de habilidades motoras no cotidiano durante AVDs e o projeto pedagógico. Nos relatos das entrevistas, ficou bem claro que isso passou a acontecer:

“... antes a gente só mais alimentava, agora não. Aí põe de pé, tem toda aquela rotina, por de pé, fazer andar. Tem tudo aquilo que o MOVE propõe.” – Entrevista 2

“... na fisioterapia num sei te dizer, comum ou normal, era o fisioterapeuta trabalhando ali. Mas depois disso não, é um processo de todos os dias isso pode ser feito, a todo o momento, isso pode ser feito,..” – Entrevista 1

“Porque no caso as monitoras responsáveis pela criança enquanto o fisioterapeuta não estava na sala eles passaram a dar continuidade ao trabalho” – Entrevista 1

“E nós tivemos bastante mudança, por exemplo, alunos que a gente trabalha a marcha...” – Entrevista 4

“E ainda quando, é, quando a fisioterapeuta não tá, a gente brinca com eles né. Que ela brinca, fala, vai fazendo fisioterapia, alongando e falando “estica, estica, estica” né. Quando a gente vai atender eles, a professora vai fazer atividade, então a gente fala, vamos fazer igual a fisioterapeuta “estica, estica, estica”...” – Entrevista 6

Ficou evidente nos relatos também a importância e o resultado positivo da interdisciplinaridade, do trabalho em conjunto dos profissionais envolvidos e da troca de informações e experiências entre estes.

Alguns relatos mostraram que através dessa troca de experiência foi possível compreender melhor a necessidade de se trabalhar a parte motora junto com a pedagógica e com isso foi possível incorporar o uso das habilidades motoras no cotidiano:

“então assim, é difícil a gente falar pedagógica, motora, então, por exemplo, o aluno que você precisa trabalhar a parte motora a gente dá mais ênfase a isso, né, então a gente sempre fica mais atento na questão motora” – Entrevista 4.

“Mudou nisso né, a gente acaba sendo um pouco terapeuta também”. – Entrevista 2

“Ajudaram muito, as sugestões de como posicionar um aluno na cadeira ou mesmo em pé né” – Entrevista 7

“Contribuiu bastante para que eu possa tá trabalhando com eles, né, tipo, de uma maneira melhor, mais adequado, como mexer com eles né, como... isso ajudou bastante” – Entrevista 13

“Mudou, mudou bastante. Como você posicionar o braço de um aluno, como ajudá-lo na, né, no posicionamento mesmo assim, à pegar no lápis, que às vezes você não tem aquela, aquele aquele, trabalho legal com o PC, basicamente falando né, e isso veio a ajudar bastante” – Entrevista 7

“...porque que tem que movimentar, porque que tem que colocar uma tala, um, que mais, no estabilizador, né, porque que eu tenho que estimular o andar e não somente cadeira de rodas, que vai trazer, né, uma estimulação maior, um contato com a criança com o funcionário em si, com as outras crianças, né. Eu entendo sim, quando elas pedem alguma coisa e porque que aquilo é importante para uma criança” – Entrevista 14

“É feito pro melhor da criança e ela explica: olha, isso é para melhorar a marcha ou pra melhorar isso, melhorar aquilo” – Entrevista 2

“...quando não há esse entendimento eu pergunto o porquê, o porquê tá sendo feito qual a vantagem daquilo ali, o porque eu estou fazendo, não simplesmente eu vou fazendo alguma coisa porque vamos fazer, não, mas qual o benefício disso?” – Entrevista 1

Outra mudança referente à rotina escolar coerente com os objetivos do programa, que apareceu nos relatos dos profissionais, foi maior facilidade e redução do esforço necessário para cuidar das crianças com disfunções severas e maior facilidade para posicioná-las:

“ tipo no modo de você, assim, transferir, transferir de um lugar para o outro, facilitou muito também para a gente né. Foi muito bom nesse aspecto” – Entrevista 11

“acho que foi uma facilidade, veio para facilitar. Nós não entendemos à princípio, foi aos poucos, a gente foi se entrosando. Acho que foi a facilidade... tornar mais fácil” – Entrevista 10

“Olha para mim, foi, foi importante porque no início né nós, nós, não tínhamos, né, isso, e eu achava assim que era muito difícil, difícil, tá lidando com as crianças no jeito de tá posicionando, no jeito né, era difícil, e agora com esse MOVE que ela tá usando, eu acho que fica mais fácil ...” – Entrevista 12

“...uma facilidade maior no posicionamento” - Entrevista 1

4.2.3 Contribuições Percebidas Através da Aplicação do MOVE

“Um olhar, um brilho no olho, sabe, movimento, bastante, vi bastante mudança nas crianças sim” – Entrevista 9

“A hora que, que, chega, que vai tirar, todo mundo quer ir para o rolo de uma hora só, (risada) o P. menina fica tão aceso para ir, gente, nossa, ele gosta, gosta. A K. fica, nossa, ela fica desinquieta, enquanto num põe ela, ela não sossega, gosta mesmo” – Entrevista 6

A seleção de metas funcionais úteis para a criança assegura a motivação não somente por parte desta, mas também do responsável ou cuidador. Tais metas devem ser baseadas no sentido de promover ocasiões para que a criança adquira habilidades que farão com que ela se torne mais funcional e independente em seus ambientes cotidianos, promovendo assim oportunidades de interações significativas desta com o meio externo⁽²⁴⁾.

O MOVE acredita que a motivação e a repetição são fatores fundamentais para o aprendizado motor. A incapacidade de se praticar habilidades motoras sem ajuda pode comprometer o aprendizado, pois além de desmotivar a criança, pode fazer com que a mesma não tenha possibilidade de utilizar suas habilidades freqüentemente e nem de

explorar o ambiente ao seu redor. Uma das principais vantagens desse protocolo é a motivação que ele proporciona para os alunos por possibilitar que a prática das tarefas motoras seja incorporada ao cotidiano da criança^(22,23).

Muitos terapeutas que consideravam o sistema nervoso como o único responsável pelo desenvolvimento das habilidades motoras, estão agora reconhecendo fatores como a motivação e o contexto ambiental no qual as habilidades ocorrem como fundamentais para as mudanças do desenvolvimento⁽⁹⁾.

Passa a ser de extrema importância que o fisioterapeuta reconheça os fatores presentes no cotidiano do indivíduo que possam alterar sua habilidade e resultados motores, não esquecendo que, tanto os fatores físicos e ambientais, quanto à motivação e o suporte à criança, o suporte à família e a expectativa familiar interferem no ganho funcional da mesma⁽⁷⁴⁾.

A motivação é então considerada um fator fundamental durante a terapia, pois a vontade da criança a direciona para utilizar todo seu potencial de movimento, explorando seu ambiente e tornando-se informada sobre seu próprio corpo⁽¹¹⁾.

Nos relatos da entrevista, ficou muito evidente que um dos melhores resultados que os profissionais viram através da aplicação do MOVE na instituição, foi que as crianças passaram a gostar mais e ficar mais motivadas para realizar atividades pedagógicas e motoras:

“...a alegria, eles ficam mais felizes quando a gente trabalha o MOVE com eles, que a gente tira da cadeira que a gente usa os materiais de recurso. Então, assim, eu acho que isso é uma questão bem positiva, um lado bem positivo.” – Entrevista 4

“Eles ficaram, mais, assim, acho que até mais alegres mais felizes sim. Eu percebi mudanças...” – Entrevista 5

“Eu percebo assim que eles fica mais motivados pra fazer atividade quando a gente tá aplicando o MOVE” – Entrevista 15

“elas vem gostando muito, assim, realmente você percebe a satisfação delas né, no rostinho delas você prova isso” – Entrevista 11

“eles gostam bastante, sabe, de de tá fazendo, eles ficam, um quer o outro quer. Ela tá trabalhando com uma criança a outra quer sentar junto, quer ficar junto. Então assim eu percebi que eles gostam sim, que que eles.. num sei assim sabe.. mas eu acho que eles gostaram bastante sim. Sabe eles se envolvem ali na brincadeira com ela ali no rolo, que ela tá fazendo, eles se envolvem, sabe, é muito legal, é muito bonito de ver, é um trabalho muito bonito” – Entrevista 12

Ficou bem claro nos relatos também que através do uso de habilidades motoras no cotidiano e da aplicação do MOVE, as crianças passaram a ter progresso motores globais:

“Seria mesmo até na questão de alongamento, essas coisas assim, eu vejo que melhorou bastante com algumas crianças. Você vê no caso né, a diferença da limitação que a gente achava que num podia mais do que aquilo, e podia né. Então isso melhorou mesmo, essas foram as diferenças que eu vi” – Entrevista 5

“... uma criança que não comia sozinha, hoje consegue comer, se alimentar sozinho, de dar 2 passos e hoje dá 10 ou andam, né, todo o pátio da escola, então você ver essa diferença, de um banho, né, uma criança que era extremamente rígida, hoje já consegue se soltar – *Entrevista 14*

“E nós tivemos bastante mudança, por exemplo, alunos que a gente trabalha a marcha, por exemplo, então alunos que melhoraram bastante, então eu acho que sim.” – Entrevista 4

“Olha, eu percebi mudanças em marcha, em marcha, eu achei que o G.M., eu acho que ele tá marchando melhor” – Entrevista 8

”percebi em relação à movimentação, estimulação, é, contato, é, fala, movimentos, né, que mais? Desenvolvimento em si da criança, né, o crescimento, o desenvolvimento, foi foi uma experiência boa, tá sendo uma experiência boa, né. Criança que não tinha uma marcha tão rápida, hoje tá andando super bem, né, é, alongamento, criança era muito encurtada hoje ela consegue se alongar mais, tem mais mobilidade, faz as coisas praticamente, algumas né, sozinhas, então foi esse o crescimento, trouxe um crescimento para a escola, né, para as crianças, foi bom” – Entrevista 14

“elas ficaram mais soltas, né, tiveram mais, possibili..., num é possibilidade, é, adquiriram mais assim, movimento para elas né, claro que contribuiu muito, né, porque só ficar assim, que nem, a criança fica na cadeira, cadeira, para elas num tava tendo valor nenhum, eu acho, na minha parte né, mas com esse trabalho aí, ajudou, ajudou e vem ajudando muito né”. – Entrevista 13

Além da importância do aspecto motivacional e do desenvolvimento motor, o MOVE acredita que quando as habilidades são realizadas de maneira funcional e no ambiente freqüentado pela criança em seu cotidiano, a criança passa a ter um estímulo cognitivo maior, decorrente das oportunidades naturais de aprendizado derivadas da contextualização coerente das atividades realizadas⁽²²⁾.

“Ah, as crianças ficam mais espertas né... ficam mais esperta” – Entrevista 3

“Ai, agilidade, L. tá mais ágil, ele tá mais, ele quer se ligar em tudo, ele num quer perder um nada que passa (risadas) perto dele, ele num quer mais perder” – Entrevista 8

“Maior atenção, maior participação, maior aceitação das propostas, maior, porque no caso assim, eu entendendo elas entendem a minha idéia também.. então.. trabalha junto né. Legal”. – Entrevista 7

Esses fatores em conjunto demonstram que a aplicação do programa na instituição trouxe benefícios significativos para as crianças e que tais ganhos puderam ser vistos pelos profissionais envolvidos.

4.2.4 As Dificuldades Percebidas Através da Aplicação do MOVE

Em uma pesquisa referente as possíveis dificuldades encontradas pelos professores no processo de inclusão, Becker e Medeiros buscaram compreender as expectativas que os professores possuíam quanto às contribuições do fisioterapeuta, decorrentes das dificuldades que estavam encontrando em seu cotidiano: promover atividades para melhora do equilíbrio; ensinar exercícios que ajudem o aluno; orientar a postura adequada dos alunos; auxiliar com situações motoras em sala de aula; orientar na elaboração de atividades; ensinar o aluno a andar; orientar sobre o tipo de material a ser utilizado nas atividade trabalhar em conjunto com o professor e trocar experiências profissionais⁽⁴⁰⁾.

Evidenciou-se que essas trocas de experiências, poderiam ser oriundas de palestras, cursos, estabelecimento de parceria não só entre o professor e fisioterapeuta, mas entre todos os membros da equipe.⁽⁴⁰⁾

Alguns profissionais da área relatam ainda a falta de preparo decorrente da formação escolar, o grande número de alunos por sala, a falta de uma equipe interdisciplinar e a incerteza e insegurança referente as especificidades dos alunos com disfunções severas⁽⁷⁵⁾.

Com a aplicação do MOVE na instituição, algumas destas dificuldades citadas puderam ser percebidas pelos profissionais envolvidos, entre elas encontram-se em destaque a falta de tempo para realização de tudo aquilo que é proposto e o número insuficiente de funcionários :

“É o tempo, número de funcionários, esses são as dificuldades. Que a gente às vezes tem que contar com mais gente e às vezes isso não é possível. O tempo também às vezes não é possível, pela falta das pessoas tarem ajudando a gente” – Entrevista 5

“é o que eu falo para eles, às vezes no momento que ele quer eu não posso, às vezes aquele momento para mim não dá, mas eu procuro fazer o depois. Pode ser que naquele momento é importante para criança, e talvez esse momento é que eu não consigo adaptar” – Entrevista 10

“Porque, assim, as vezes você tem, você tem uma outra criança que aquele momento é o dela, né, o momento de ficar em pé, o momento de uma atividade diferente. Então, assim, às vezes aquele momento não dá, e eu procuro sempre explicar, sempre falar pra fisioterapeuta “agora eu não posso, mas eu vou fazer”. É isso que eu faço, pode ser que eu esteja errada, mas... (risadas)” Entrevista 10

Outra dificuldade que ficou em destaque nos relatos das entrevistas, foi a dificuldade com os materiais e sua adaptação, o que já era esperado decorrente da falta de recursos financeiros para aquisição dos principais equipamentos utilizados pelo MOVE e necessidade de adaptação dos conceitos desses equipamentos com os recursos encontrados na instituição:

“ e assim, questão de material também, acho que teria que ter mais, bastante, na escola, né, dar mais acesso, que a única dificuldade mesmo é questão de material, eu acho” – Entrevista 13

“No caso, essa dificuldade às vezes é por não ter, é, vamos dizer, tantos aparelhos, né, isso cria alguma dificuldade às vezes, porque você precisa, é, estimular uma criança, e às vezes você depende de um material e não tem, mas não que isso impossibilite de tá né, fazendo esse trabalho, mas às vezes ocorre, assim, essa dificuldade” – Entrevista 14

Na pesquisa de Becker e Medeiros, foram destacados a dificuldade de lidar com alunos com disfunções; necessidade de materiais adequados; necessidade de maior número de profissionais para auxiliar em sala de aula; falta de apoio e trabalho em equipe;

necessidade de cursos de atualização voltados à inclusão; número excessivo de alunos por sala de aula, entre outros ⁽⁴⁰⁾.

“E às vezes também por alguns materiais sim, eu acho dificuldade. Quando você precisa de tal material e tem que tá indo buscar em algum lugar e se locomover. Essas são as dificuldades que eu vejo que eu já comentei que isso existe sim aqui na escola”. – Entrevista 5

“Seria essa parte dos materiais mesmo né, de tá usando com as crianças lá no lá no setor deles, e acho que só mesmo que eu tinha falado, de tá indo né buscar alguma coisa, que teria que ser alguma coisa mais próxima” – Entrevista 5

“Mesmo que às vezes tem os empecilhos né, falta de algum equipamento, de algum, hum, para posicionar mesmo”. – Entrevista 8

“a dificuldade é mesmo o equipamento, né, de posicionamento. A dificuldade tá nisso aí. A gente vai à nossa maneira adequando tudo, sempre quebrando um galhinho, pega um determinado material para por no lugar, para substituir, tudo. Mas é difícil, o certo seria cada criança ter o seu, adequado para ele, para a deficiência dele, né, a dificuldade tá mais nisso, falta de material” – Entrevista 8

“o que eu achei que ia ser mais difícil, assim, é, ah, talvez a falta de material mesmo, que certas coisas a gente não tem...” – Entrevista 10

Ficou claro nos relatos também que mesmo tendo passado pelo treinamento do método e tendo a troca de experiência profissional com a pesquisadora formada no método, alguns profissionais as vezes tem dúvidas, sentindo a necessidade de mais orientações e querem mais informações sobre como trabalhar as habilidades motoras com as crianças e como aplicar o MOVE:

“Há dificuldade sim, eu acho que de tá aplicando, sabe, que nem às vezes coloca tala, coloca afo, vamos colocar de pé? Será que tá bem posicionado, será que num tá doendo a perninha, será que aquilo num tá caindo. Então eu acho que é isso, sabe, é assim, a dúvida do que eu tenho para fazer, não, mas se ele está bem posicionado, se do jeito que nós colocamos ele num tá com a coluna torta, num tá com o pezinho torto, porque você olha assim. Então eu acho que isso, assim, até eu às vezes eu ainda falo que a gente precisaria assim, de uma, assim, talvez uma orientação mais” – Entrevista 12

“Não. Só que, é, todo começo de ano a gente tem, ela faz um, ela reúne o pessoal pra fazer o MOVE né.

Treinamento?

Treinamento, é bom isso aí, eu gosto.

Isso aí você acha que pode continuar?

Ah, pode, muito legal, eu gosto mesmo” – Entrevista 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Eu acho assim, que é um trabalho que deveria tá dando continuidade sempre, né, tem que tá, não só acho que como aqui, não sei como que tá aí pra fora, mas deveria sr usado em todas as escolas com educação especial, né, que contribui muito com as crianças”

Através desta pesquisa foi possível compreender a opinião dos profissionais envolvidos referente à utilização da abordagem do MOVE na instituição proposta, verificar quais contribuições relacionadas à aquisição de habilidades motoras funcionais percebidas decorrentes da utilização dessa abordagem e analisar as vantagens e desvantagens encontradas pelos profissionais que aplicaram esse programa.

Foi possível perceber que a aplicação do MOVE na instituição trouxe muitos benefícios para os pacientes e funcionários da instituição. Inicialmente houve a necessidade de adaptação dos profissionais com o programa, mas estes passaram a perceber mudanças no seu trabalho, se tornaram mais esclarecidos e aceitaram a filosofia do programa considerando-a importante e necessária.

Através da aplicação do MOVE, os profissionais perceberam a importância de uma abordagem voltada para os aspectos da humanização, onde a criança é vista integralmente e o foco é seu bem-estar, considerando a importância e os benefícios do trabalho em equipe e começaram a se sentir mais integrados dentro da equipe de profissionais que estimulam o desenvolvimento das crianças.

Os profissionais passaram a considerar mais importante a promoção de oportunidades de aprendizado motor em todos os ambientes freqüentados para que a criança adquira funcionalidade e independência, acreditando mais no potencial e na capacidade de cada aluno.

Verificou-se ainda que através da aplicação do MOVE, a rotina dos profissionais da instituição foi modificada, tornando-se mais eficiente e menos cansativa. Uma das principais mudanças foi a incorporação do uso de habilidades motoras no cotidiano durante Atividades de Vida Diária (AVDs) e o projeto pedagógico.

Frente as contribuições percebidas pelos profissionais, destaca-se a motivação para

realizar atividades pedagógicas e motoras.

Não se pode descartar as dificuldades encontradas na adaptação do programa para a realidade brasileira, entre elas: a falta de tempo dos profissionais; o número insuficiente de funcionários; falta de materiais e equipamentos e necessidade de orientações sistemáticas mais frequentes referentes à aplicação do programa na instituição.

Entretanto, por ter tido amplo treinamento no programa, a pesquisadora teve condições de focar suas orientações na utilização dos conceitos e da filosofia promovida pelo MOVE dentro da instituição, sendo que a maior ênfase foi dada a avaliação da filosofia proposta na sexta etapa.

Não se descarta que seja imprescindível a realização de mais estudos que auxiliem na adaptação do MOVE para instituições brasileiras e promovam a eficácia e eficiência desse programa na busca de maior funcionalidade e qualidade de vida para as crianças com disfunções severas.

REFERÊNCIAS

1. Botomé SP, Rebelatto JR. **Fisioterapia no Brasil: perspectivas de evolução como campo profissional e como área de trabalho.** São Paulo: Manole; 1987.
2. Shestack R. **Fisioterapia Prática.** 3ª ed. São Paulo: Manole; 1987.
3. Ratliffe KT. **Fisioterapia na clínica pediátrica: guia para equipe de fisioterapeutas.** São Paulo: Santos; 2000.
4. Bispo Júnior, J P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **Hist Cienc Saud.** 2009; 16(3):655-668.
5. Brasil. Decreto-Lei nº 938/69. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** 1969; 13 out.
6. Neves CEB, Raizer, L; Fachinetto RF. Acesso, expansão e equidade na educação superior: novos desafios para a política educacional brasileira. **Sociol.** 2007; 9(17):124-157.
7. Deliberato PC. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações.** São Paulo: Manole, 2002.
8. Fróz AR. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de fisioterapia da rede pública de Foz de Iguaçu, Paraná.** Campinas; 2010. Dissertação [Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas.
9. Carr J; Shepherd RB. **Ciência do movimento: fundamentos para a fisioterapia na reabilitação.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2003.
10. Levitt S. **O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor.** 3. ed. São Paulo: Manole, 2001.
11. Umphred DA. **Fisioterapia neurológica.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1994.
12. Shepherd RB. **Fisioterapia em pediatria.** 3. ed. São Paulo: Santos, 1995.
13. Shumway-Cook A, Woollacott MH. **Controle motor: teoria e aplicações práticas.** 2. ed. São Paulo, Manole, 2003.
14. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. **Fisioterapia: avaliação e tratamento.** 4ª ed. São Paulo: Manole; 2004.
15. Tecklin JS. **Fisioterapia pediátrica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

16. Ketelaar M, Veermer A, Hart H, Beek EVP, Helders PJ. Effects of a functional program of motor abilities of children with cerebral palsy. **Phys Ther J.** 2001; 81(9):1534-1545.
17. Bly L. A historical and current view of the basis of NDT. **Pediat Phys Ther.** 1991; 3:131-135.
18. Macdonald J, Burns Y. **Fisioterapia e crescimento na infância.** São Paulo: Santos, 1999.
19. Tieman BL, et al. Gross motor capability and performance of mobility in children with cerebral palsy: a comparison across home, school, and outdoors/ community settings. **Pediat Phys Ther.** 2004; 84(5):419-429.
20. Battistella LR, Brito CMM. Classificação internacional de funcionalidade (CIF). **Act Fisiátr.** 2002; 9(2):98-101.
21. Campbell SK, Palisano RJ, Linden DWV. **Physical therapy for children.** 3rd ed. Philadelphia (PA): Saunders Elsevier; 2005.
22. Bidabe L. **MOVE: Mobility opportunities via education.** 7a ed. Bakersfield (CA): Kern County Superintendent of Schools; 2003.
23. Thomson, G. **Children with severe disabilities and the MOVE curriculum: foundations of a task-oriented approach.** Chester (NY): East River Press; 2005.
24. Elkins KM. **A Comparison Between the Achievement of Students With Severe Multiple Disabilities Using a Functional Mobility Curriculum Versus Traditional Programs.** La Verne; 1994. Dissertação [Doutorado]. University of La Verne.
25. Barnes SB. **The MOVE curriculum: An application of contemporary theories of physical therapy and education.** Florida; 1991. Dissertação [Doutorado]. University of West Florida.
26. Manus VM, Corcoran P, Perry IJ. Participation in everyday activities and quality of life in pre-teenage children living with cerebral palsy in South West Ireland. **BMC Pediat.;** 8(50).
27. Eriksson L, Welander J, Granlund M. Participation in Everyday School Activities For Children With and Without Disabilities. **J Dev Phys Disabil.** 2007; 19(5). 485–502.

28. Mancini MC, Coster WJ. Functional predictors of school participation by children with disabilities. **Occup Ther Int.** 2004; 11(1):12-25.
29. Barnes S, Whinnery K. Effects of Functional Mobility Skills training for Young Students with Physical Disabilities. **Except Child.** 2002; 68(3): 313-324.
30. Barnes S, Whinnery, K. Mobility Opportunities Via Education (MOVE): Theoretical Foundations. **Phys Disabil.** 1997; 16(1):33-46.
31. Mazzotta MJS. **Educação especial no Brasil: história e políticas públicas.** São Paulo: Cortez, 1996.
32. Brasil. Lei nº. 7853/89, Decreto nº. 914/93. Provê sobre O Direito das Pessoas Portadoras de Deficiência. **Diário Oficial da União.** 1989; 24 out.
33. Sassaki RK. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro: WVA, 1997.
34. Mantoan MTE. **A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema.** São Paulo: Memnon. Editora SENAC, 1997.
35. Mazzotta, MJS. **Fundamentos da educação especial.** São Paulo: Livraria Pioneira, 1997.
36. Bernardi DF. A criança com variação intelectual: o fisioterapeuta na equipe multidisciplinar com enfoque escolar. **Rev Cienc Biolog Saud.** 2007; 2(2): 07-13.
37. Jorqueira Neto AC, Graça P, Monteiro CBM. A necessidade da atuação do fisioterapeuta nas escolas inclusivas com alunos portadores de paralisia cerebral. **Rev. Fisioter UniFMU.** 2004; 2 (3); 37-43.
38. Rocha EF, Luiz A, Zulian MAR. Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar. **Rev Ter Ocup USP.** 2003;14(2): 72-78
39. Back CMZ, Lima IAX . Fisioterapia na escola: avaliação postural. **Fisioter Bras.** 2009; 10(2):72-77
40. Becker E, Medeiros PG. Interação fisioterapeuta-professor a partir das necessidades encontradas na inclusão escolar. **Cad Pos-Grad Dist Desenv.** 2009; 9(1): 49-58.
41. Jorqueira Neto AC, Blascovi-assis SM. Contribuições do fisioterapeuta na inclusão escolar de alunos com deficiência sob a perspectiva do brincar. **Cad Pos-Grad Dist Desenv.** 2009; 9(1):76-91.

42. Lüdke M, André MEDA. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
43. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saude Publica**. 1993; 9(3):239-262.
44. Turato ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes; 2003.
45. Chizzotti A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 9ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.
46. Yin RK. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grossi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
47. Gil AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. SP: Atlas; 2007.
48. Rubin HJ, Rubin IS. **Qualitative interviewing: The art of hearing data**. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
49. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. SP/RJ: Hucitec – Abrasco; 2007.
50. Triviños ANS. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 1987.
51. Selltitz C, Jahoda M, Deutsch M, Cook S. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. Trad. Leite DM. São Paulo: EPU; 1974.
52. Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira; 1988.
53. Patton MQ. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. . 2nd ed. Newbury Park(CA): Sage Publications, Inc; 1990.
54. Goldenberg M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Record; 1999.
55. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Trad. Reto LA, Pinheiro A. 5ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
56. Whinnery S, Whinnery K. MOVE: Systematic Programming for Early Motor Intervention. **Infan Youn Child**. 2007; 20(2):102–108

57. Barnes S, Whinnery, K. Move: hope for people with significant motor disorders. **Except Par.** 2004; 34(9): 68-71.
58. Puccini PT, Cecílio LCO. A Humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad Saud Publ.** 2004; 20(5): 1342 1353.
59. Mancini MC, Fiúza PM, Rebelo JM, Magalhães LC, Coelho ZAC, Paixão ML, et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arq Neuro-Psiquiatr.** 2002; 60(2B):446-452.
60. Périco GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção das mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: Estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. **Rev Bras Ed Med.** 2006; 30(2): 49-55.
61. Barnes S, Whinnery, K. Mobility training using the MOVE curriculum: A parent's view. **Teach Except Child.** 2002; 34(3), 44–50.
62. Lima CLFA, Fonseca LF. **Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia, reabilitação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
63. Amiralian MLTM. **Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos – histórias.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
64. Montilha RCI, Gasparetto MERF, Nobre MIRS. Deficiência Visual e Inclusão Escolar. In: Palhares MS, Martins SC, Organizadoras. **Escola Inclusiva.** São Carlos: EdUFCCar; 2002. p. 187-97
65. Edelman L. Principles and strategies for family-centered home-based services. **Resour and Connect.** 2004; 3(1):1-6. 61
66. Schmidt RA, Lee TD. **Motor control and learning: a behavioral emphasis.** 3rd ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 1999.
67. Simeonsson RJ, Carlson D, Huntington GS, McMillen JS, Brent JL. Students with disabilities: a national survey of participation in school activities. **Disabil Rehabil.** 2001;23(2):49-63.
68. Dunst CJ, Hamby DW. Community life as sources of children's learning opportunities. **Child Learn Opport Rep.** 1999; 1(4).
69. Dunst CJ; Bruder MB. Increasing children's learning opportunities in the context of family and community life. **Child Learn Opport Rep.** 1999;1(1).

70. Chiarello LA, et al. Early intervention services: natural learning environments. **Amer Phys Ther Assoc.** 2001.
71. Figueiredo MO, Silva RBPE, Nobre MIRS. Diagnóstico de baixa visão em crianças: sentimentos e compreensão de mães. **Arq Bras Oftalm.** 2009; 72(6):766-770.
72. Dantas MSA, Collet N, Moura FM, Torquato IMB. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. **Text Context Enferm.** 2010; 19(2): 229-37.
73. Bidabe L, Barnes S, Whinnery K. M.O.V.E.: Raising expectations for individuals with severe disabilities. **Phys Disabil Educ Relat Serv.** 2001;19(2): 31–48.
74. Bartlett DJ, Palisano RJ. A multivariate model of determinants of motor change for children with cerebral palsy. **Pediat Phys Ther.** 2000; 80(6):598-614.
75. Dupoux E, Wolman C, Estrada E. Teachers' attitudes toward integration of students with disabilities in Haiti and Unites States. **Int J disabil develop and educ.** 2005. 52(1) : 43-58.

APÊNDICES

Apêndice 01

TERMO DE CIÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Carolina Trombeta Reis, fisioterapeuta, aluna do programa de Mestrado Profissional Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação do CEPRE/FCM/UNICAMP, gostaria de solicitar a sua autorização para aplicação de questionários com usuários do serviço pedagógico e fisioterapêutico da instituição _____.

Esta entrevista será aplicada por mim e terá duração de aproximadamente dez minutos. Será parte do projeto intitulado “Avaliação da Abordagem do Protocolo Move em Uma Escola de Educação Especial na Cidade de Paulínia - SP”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar qual a percepção dos profissionais envolvidos com crianças com disfunções severas referente à utilização do MOVE na instituição.

É importante que a Sra. saiba que os usuários têm todo o direito de aceitar participar ou não. Sendo a participação voluntária, asseguramos que não haverá nenhum prejuízo quanto aos atendimentos que estes usuários, futuramente, possam receber nesta instituição.

Caso a Sra. aceite, queremos que saiba que não haverá ônus nem pagamento com a participação dos usuários. E as informações serão mantidas em sigilo e caso esta pesquisa seja publicada, será assegurado o anonimato dos participantes, não havendo possibilidade de serem identificados.

Eu, _____, responsável pela instituição _____, estou suficientemente informado quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e, concordando com as colocações acima e declaro que permito a aplicação do questionário mediante aceitação do usuário.

Responsável

Pesquisadora

Apêndice 02

TERMO DE CIÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Carolina Trombeta Reis, fisioterapeuta, aluna do programa de Mestrado Profissional Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação do CEPRE/FCM/UNICAMP, gostaria de solicitar a sua autorização para aplicação de questionários com o(a) Sr.(a). Esta entrevista será aplicada por mim e terá duração de aproximadamente dez minutos. Será parte do projeto intitulado “Avaliação da Abordagem do Protocolo Move em Uma Escola de Educação Especial na Cidade de Paulínia - SP”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar qual a percepção dos profissionais envolvidos com crianças com disfunções severas referente à aplicação do MOVE na instituição. É importante que o(a) Sr.(a) saiba que tem todo o direito de aceitar participar ou não. Caso o(a) Sr.(a) aceite, queremos que saiba que não haverá ônus nem pagamento com sua participação. As informações serão mantidas em sigilo e caso esta pesquisa seja publicada, será assegurado o anonimato dos participantes, não havendo possibilidade de serem identificados.

Eu, _____, profissional que trabalho na instituição _____, estou suficientemente informado(a) quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e, concordando com as colocações acima declaro que aceito voluntariamente participar desta pesquisa.

Profissional da Instituição

Pesquisadora

Apêndice 03

TERMO DE CIÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____, RG
_____, responsável pela criança
_____, declaro estar ciente e autorizo
realizar gravação de som, imagem e ou fotografias das avaliações e atendimentos do meu
(minha) filho (a) para fins de estudo e pesquisa, respeitando o sigilo e a privacidade de
dados confidenciais. Autorizo a publicação das imagens do meu filho(a) referente ao
projeto intitulado “Avaliação da Abordagem do Protocolo Move em Uma Escola de
Educação Especial na Cidade de Paulínia - SP”.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar qual a percepção dos profissionais
envolvidos com crianças com disfunções severas referente à aplicação do MOVE na
instituição.

Fui esclarecido(a) de que posso recusar ou retirar este consentimento a qualquer
momento, sem que isso comprometa os atendimentos do meu filho(a). Fui esclarecido(a) de
que a participação no estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma
compensação financeira.

Campinas, _____ de _____ de 2010

Responsável

Pesquisadora

Apêndice 04

TERMO DE CIÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, _____, profissional que trabalho na instituição _____, declaro estar ciente e autorizo realizar gravação de som, imagem e ou fotografias das avaliações e atendimentos do meu (minha) filho (a) para fins de estudo e pesquisa, respeitando o sigilo e a privacidade de dados confidenciais.

Autorizo a publicação das minhas imagens referente ao projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da Abordagem do Protocolo Move em Uma Escola de Educação Especial na Cidade de Paulínia - SP”.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar qual a percepção dos profissionais envolvidos com crianças com disfunções severas referente à aplicação do MOVE na instituição.

Fui esclarecido(a) de que posso recusar ou retirar este consentimento a qualquer momento e que a participação no estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira.

Campinas, _____ de _____ de 2010

Profissional da Instituição

Pesquisadora

Apêndice 05

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NOS CUIDADOS DE CRIANÇAS COM DISFUNÇÕES SEVERAS QUE UTILIZAM A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO PROTOCOLO MOVE

- 1- Há quanto tempo você conhece a fisioterapia escolar (MOVE)?
- 2- Você lembra sobre o início da fisioterapia escolar na instituição? Como foi essa experiência para você?
- 3- O início das orientações decorrentes da fisioterapia escolar trouxeram mudanças para a sua rotina de trabalho? De que forma, fale um pouco sobre isso.
- 4 – Você percebeu mudança nas crianças após o início da aplicação dos conceitos da fisioterapia escolar e orientações passadas? Quais?
- 5- Quando algo é solicitado pelo fisioterapeuta, você consegue entender porque aquilo está sendo pedido? Isso é explicado para você?
- 6 – Você tem alguma dificuldade para seguir as orientações passadas através da fisioterapia escolar? Quais?
- 7- Você gostaria de falar mais alguma coisa que não foi perguntado?

Apêndice 06

QUESTIONÁRIO COM PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NOS CUIDADOS DE CRIANÇAS COM DISFUNÇÕES SEVERAS QUE UTILIZAM A ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO PROTOCOLO MOVE

1 - Formação Escolar:

2 - Você trabalha nessa instituição há quanto tempo?

3 - Já trabalhou com crianças com necessidades especiais em outros lugares?

4 - Qual sua função na instituição?

5 - Atualmente, sua função na instituição tem envolvimento direto com a fisioterapia escolar (MOVE)?

6 - Se atualmente sua função não tem envolvimento direto com a fisioterapia escolar (MOVE) na instituição, há quanto tempo trabalhou com esse método? Qual foi a duração desse envolvimento?