

LÍGIA MARIA DE GODOY CARVALHO

BRINQUEDO E BRINCADEIRA: UMA CHANCE
PARA A CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

1 9 9 2



Monografia apresentada como exigên-
cia parcial para obtenção do título
de Especialista em Educação Física
Adaptada, à Faculdade de Educação
Física da Universidade Estadual de
Campinas, sob orientação do Prof.
Dr. Edison Duarte

Dedico aos meus filhos Thales e
Júlia, que me ensinaram a compreen-
der a importância do brincar.

AGRADECIMENTOS

Ao Fábio, meu companheiro de todos os momentos, pelo incentivo, apoio e carinho.

À professora Lúcia, por sua disponibilidade, capacidade de orientação e amizade.

Ao meu amigo e orientador Prof. Dr. Edison Duarte, que continua transmitindo conhecimentos com tanta capacidade.

às crianças que conheci e tratei ao longo de minha vida profissional, por todos os ensinamentos que me proporcionaram.

RESUMO

Nesta monografia, Brinquedo e Brincadeira: uma chance para a criança com Paralisia Cerebral, procuramos fundamentar a importância que o brinquedo e a brincadeira têm como um instrumento facilitador para o desenvolvimento global da criança, e também como um meio de integrá-la com sua família.

Inicia com o estudo da paralisia cerebral, dando uma visão geral sobre as várias definições, etiologia, quadro clínico, distúrbios associados e os tipos de P.C.. É feito um estudo do brinquedo e da brincadeira apoiando-se no seu valor enquanto: um recurso importante para a infância da criança P.C.; as questões que envolvem o ato de brincar entre pais e estas crianças; e as limitações às possibilidades do brincar para a criança portadora de P.C. grave.

Finalmente expõe algumas considerações no sentido de propor reflexões sobre o uso efetivo do brinquedo e brincadeira por pais e terapeutas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
I - O que é Paralisia Cerebral ?.....	05
1 - Definição.....	05
2 - Etiologia.....	08
3 - Quadro clínico.....	09
4 - Distúrbios Associados.....	14
5 - Tipos de Paralisia Cerebral.....	16
II - As questões que envolvem o ato de brincar para essas crianças.....	19
1 - A importância do brinquedo e da brincadeira na infância.....	20
2 - Os pais, o terapeuta e a criança.....	27
3 - Das limitações, às possibilidades de brincar.....	34
CONCLUSÃO.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXOS	
I - Roteiro de Entrevista.....	51
II - Entrevistas com os pais.....	53

INTRODUÇÃO

A idéia de elaborar esta monografia surgiu após a minha observação prática como terapeuta ocupacional, junto à crianças portadoras de paralisia cerebral (P.C.). O trabalho já ocorre a 12 anos junto a esta clientela, em clínicas particulares, bem como, durante o período que exerci a função de docente na Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Através desta vivência pude verificar que as limitações que envolvem a vida destas crianças, as impedem de ter um desenvolvimento normal. Suas possibilidades de experimentar, sentir, criar ou até mesmo sonhar, são experiências limitadas e as tornam "diferentes" de outras crianças.

As disfunções motoras são as predominantes no quadro geral do portador de paralisia cerebral, embora possam ter distúrbios associados como alterações sensoriais, na linguagem e outros.

Os pais inicialmente, não visualizam e nem compreendem o que uma lesão deste tipo, pode significar para o desenvolvimento de sua criança. Buscam ajuda, através das várias formas de terapias existentes, na tentativa de encontrar uma solução definitiva para o problema. A vida da criança é centralizada em terapias, sendo dada a estas, uma importância excessiva que impede aos pais de perceberem outras necessidades relevantes para o desenvolvimento da criança.

Por exemplo, o uso do brinquedo e ou da brincadeira pelos terapeutas, muitas vezes não são considerados pelos pais como

forma de tratamento para seus filhos. Desta maneira a criança mesmo em uma situação domiciliar tem pouco acesso ao uso do brinquedo ou da brincadeira.

Com isso, verificamos uma tendência natural dos pais de supervalorizarem a clínica e as técnicas terapêuticas e de subestimarem as questões humanitárias envolvidas também no contexto da vida destas crianças.

O brinquedo e a brincadeira são componentes fundamentais para o desenvolvimento global da criança. O brincar proporciona novas experiências, auto conhecimento, e a possibilidade de fantasiar e entender a realidade que lhe é colocada no seu cotidiano. Nesse sentido apontamos como hipótese a importância do brinquedo e da brincadeira como um instrumento facilitador para o desenvolvimento global da criança, e também como um meio de integrá-la com sua família.

Portanto a proposta deste trabalho consistiu em favorecer melhores condições de vida para a criança portadora de paralisia cerebral com acentuada limitação motora através do uso do brinquedo e da brincadeira. Para tanto procuramos direcionar especificamente, questões que envolvem este tema:

1 - estabelecer quais são as limitações existentes na criança P.C. que as impedem de brincar.

2 - estabelecer se existe adaptabilidade da própria criança P.C. ao usar o brinquedo ou a brincadeira.

3 - verificar a importância do brinquedo e da brincadeira para o desenvolvimento global da criança P.C..

4 - identificar as dificuldades encontradas pelos pais no ato de brincar com seu filho.

5 - verificar se as brincadeiras são determinadas a partir de uma vivência cultural e social da criança ou se elas são determinadas a partir das condições físicas da mesma.

Utilizamos como instrumento metodológico a pesquisa descritiva, com levantamento bibliográfico pertinente ao tema abordado. O trabalho apresentou um referencial teórico baseado em alguns autores que priorizam os aspectos clínicos da paralisia cerebral. Além disto, procuramos buscar outras referências onde o enfoque principal está centrado nas questões que envolvem o desenvolvimento da criança e a importância do brincar para o seu crescimento global. Outro instrumento utilizado foi, a entrevista formal e observação sistemática, que foram introduzidas no decorrer do trabalho e identificadas em anexo.

Estas entrevistas foram realizadas com os pais de 3 crianças portadoras de P.C. que apresentam comprometimentos motores e sensoriais, sem deficiência mental diagnosticada. Este procedimento foi feito através de visitas domiciliares, para que fosse possível observarmos o ambiente em que a criança vive; os brinquedos por ela utilizados e qual o acesso a estes; as brincadeiras usadas pelos pais; verificar quais as pessoas da família que participam destas atividades; quais as dificuldades encontradas pelos pais no ato de brincar; e quais os recursos oferecidos pela comunidade para a criança P.C. (lazer, parques, praças, clubes). O registro das entrevistas e das observações foram feitos através de relatórios e de filmagens em vídeo.

Para encaminharmos a proposta do tema, o trabalho está apoiado em dois capítulos, sendo que no primeiro, procurou-se dar uma visão geral sobre a paralisia cerebral. Levantamos algumas definições existentes; a sua etiologia, o quadro clínico característico da criança portadora de P.C.; os distúrbios que podem ou não estar associados (auditivos, visuais, táteis, convulsivos, dentre outros) e os tipos de P.C..

No segundo capítulo são abordados os seguintes aspectos: a importância que o brinquedo e a brincadeira tem para a infância da criança portadora de P.C.; as questões que envolvem a família desta criança e a análise das razões que a impede de utilizar e acreditar que o brinquedo e a brincadeira pode ser um recurso transformador na relação pais e filhos; discutir as limitações e as possibilidades da criança P.C. brincar.

Finalizando tecemos considerações e comentários a respeito das questões abordadas, enfatizando a possibilidade desses pais brincarem com seus filhos.

CAPÍTULO I - O QUE É PARALISIA CEREBRAL?

Quando nos propusemos a escrever uma monografia que abordasse o uso do brinquedo e da brincadeira pela criança com paralisia cerebral, consideramos oportuno descrever neste capítulo alguns tópicos importantes que nos darão uma visão geral de como é esta criança.

Para tanto levantaremos algumas definições existentes; a sua etiologia, o quadro clínico, os distúrbios que podem estar associados (auditivos, visuais, táteis, convulsivos, etc...) e os tipos de Paralisia Cerebral que são mais comumente encontrados.

i - Definição

Para Schwartzman (1992) o "termo 'Paralisia Cerebral' (P.C.) tem sido empregado para se referir a um grupo muito heterogêneo de condições, tendo como etiologia causas múltiplas, afetando os pacientes com graus de severidade variável e com quadros clínicos diversos, apresentando, como denominador comum, um prejuízo motor. Este prejuízo motor é o que predomina dentre os sintomas e sinais apresentados pelos pacientes; porém, quase nunca é o único".

Várias são as definições que tem sido formuladas ao longo do tempo sobre Paralisia Cerebral. Little, em 1943 (in Schwartzman, 1992), descreveu um quadro que, atualmente, poderíamos denominar como Paralisia Cerebral espástica, forma Diplopéica.

Nesta época, Little começou a associar a frequência na ocorrência deste tipo de quadro com a prematuridade e outras condições que levam à asfixia perinatal.

No entanto, outros estudos sobre a P.C. foram sendo desenvolvidos (Little, 1862, in Schwartzman, 1992), em relação às causas possíveis da P.C.. Acrescentaram a esta conceituação inicial, que determinava ser a lesão perinatal principalmente por anoxia ou hipoxia, como a única causa da P.C., outras condições que também poderiam afetar o Sistema Nervoso Central (S.N.C.) nos períodos pré, peri e pós natais.

Em 1959 o LITTLE CLUB⁽¹⁾ propôs como definição que P.C. "é uma desordem do movimento e da postura, persistente, porém não fixa, surgida nos primeiros anos de vida pela interferência no desenvolvimento do S.N.C., causada por uma desordem cerebral não progressiva, (Schwartzman, 1992). Por definição, portanto, para que um quadro possa ser rotulado de P.C., é condição fundamental que não seja decorrente de uma desordem progressiva do S.N.C. (tumores, moléstias geneticamente determinadas de cursos progressivo, entre outros).

Já Duarte, quando é referido por Brandão (1992), acrescenta a definição, dada pelo LITTLE CLUB, que os sinais e sintomas dependerão da área lesada e da extensão da lesão, o que determinará os padrões anormais de postura e movimento.

(1) LITTLE CLUB - Associação Inglesa que se destina ao estudo de crianças com problemas neurológicos.

Mais recentemente Brandão (1992), propõe um enunciado do conceito de Dismotria Cerebral Ontogenética (D.C.O.), com o objetivo de substituir o termo Paralisia Cerebral considerado impróprio em função de nos induzir à idéia de que os seus portadores tenham perdido a capacidade total de executar os seus movimentos o que não condiz com a realidade. Portanto, para ele este conceito traz como designação de P.C. ou D.C.O. (2) "os quadros clínicos que se expressam essencialmente pelas alterações do tônus, da motricidade e das posturas, em consequência da anormalização do desenvolvimento funcional da motricidade. Na P.C., "a anormalização do desenvolvimento da motricidade é provocada pela deficiência ou perda de função das áreas do cérebro responsáveis pela elaboração, programação e coordenação de nossas ações, posturas e controle do tônus, em consequência de defeitos de formação ou pela destruição de suas células, seqüela definitiva de processos mórbidos que, após agirem sobre o sistema nervoso, antes de haver se completado o desenvolvimento funcional da motricidade, tenham cessado inteiramente suas atividades".

Embora na literatura encontremos várias definições para P.C. parece-nos que as características básicas são comuns e há um consenso de que os quadros são predominantemente motores, como consequência de uma lesão cerebral.

(2) Dismotria Cerebral Ontogenética (D.C.O.). "Dismotria"- para expressar que são alterações da motricidade e do tônus, seus sintomas característicos; "Cerebral"- para significar que estas alterações são consequentes às lesões do cérebro e "Ontogenética"- porque as alterações apresentadas são decorrentes da anormalização do desenvolvimento funcional da motricidade. Brandão, 1992, p.10)

2 - Etiologia

As lesões cerebrais podem ocorrer e afetar o S.N.C. nos períodos pré-natais (no período de gestação), peri-natais (durante o parto) ou pós-natais (após o parto).

Pré-natais: As causas pré-natais podem ocorrer por hereditariedade, infecções como a toxoplasmose, as viroses principalmente a rubéola, sífilis, toxemia gravídica, por intoxicação medicamentosa, radiação, drogas, diabete, traumas por acidentes (automobilísticos, quedas, maus tratos), má nutrição da gestante e na gravidez de alto risco ou indesejada.

Peri-natais: As anoxias ou hipoxias são as principais causas de lesão no período peri-natal. Podem ocorrer em função do trabalho de parto demorado, por circular de cordão umbilical. As hemorragias intracranianas podem estar presentes pelo uso de fórceps durante o parto para manobras ou trações, manuais, por estreitamento da pelve da mãe ou por constituição estatural e de peso do bebê. Neste período de trabalho de parto pode ocorrer problemas placentários (placenta prévia), aspiração de mecônio e traumas com afundamento craniano.

O padrão de distribuição das lesões do S.N.C. por sofrimento peri-natal é determinado essencialmente pela idade gestacional. No recém-nascido prematuro⁽³⁾ as lesões anóxicas costumam localizar-se predominantemente nas regiões sub-corticais pro-

(3) **Prematuridade** - considera-se prematura a criança que nasce pesando 2.500 g ou menos ou gestação de menos de 37 semanas. (Ajuriaguerra, p.445)

fundas, em especial na substância branca peri-ventricular. Já, nos recém-nascidos de termo, embora possam ter lesões, também nas regiões sub-corticais, as lesões predominam nas regiões corticais. O S.N.C. reagirá às agressões patológicas de acordo com sua etapa de desenvolvimento.

Pós-natais: As causas pós-natais podem ser de origem infecciosa como a meningite, encefalite; por traumatismos cranianos como acidentes, atropelamentos, quedas; por intoxicação de gás, medicamentos, por má formação como a hidrocefalia, aneurisma.

Alguns autores como Brandão (1992), Schwartzman (1992), consideram que as "lesões devem ter se processado durante a gravidez, no decurso do parto ou nos primeiros meses de vida após o parto, durante o período em que ainda ocorre o desenvolvimento funcional da motricidade, isto é, período em que se adquirem os padrões e controle das ações e das posturas". Em termos de idade cronológica esse período seria até os 18 meses a 2 anos. Outras, porém, consideram como P.C. as lesões ocorridas até os 5 anos de idade pela grande plasticidade e potencialidade evolutiva que apresenta o sistema nervoso em relação às aquisições motoras.

3 - Quadro clínico

Após um breve levantamento de definições sobre paralisia cerebral e suas causas, verificamos que o comprometimento está essencialmente nas áreas do cérebro responsáveis pelo controle das atividades motoras, tônus e postura.

Segundo Brandão (1992), "se o S.N. for lesado antes de a criança ter aprendido a executar os movimentos e ações comuns da vida diária, a controlar o tono e ter adquirido os padrões normais de postura, isto é antes de completar o desenvolvimento funcional da motricidade, esta aprendizagem se perturbará e mais difícil será o seu prosseguimento, que se processará de modo anormal. O desenvolvimento funcional do S.N., nestas crianças, sempre se processa de modo anormal e desorganizado. É sempre atrasado, quando não interrompido em fases muito primitivas. A criança com P.C. deixa de aprender a executar de modo normal tudo aquilo que deveria aprender e, ao contrário, adquire atitudes impróprias e se habitua a utilizar os movimentos de seus membros de modo incorreto e grotesco. Os padrões de ação e postura, além de anormais, são sempre em número insuficiente para suas necessidades. As solicitações comuns do meio ambiente, que bastariam para a aprendizagem dos padrões motores e de postura na criança normal, não são suficientes para estimular seu desenvolvimento prejudicado".

Toda essa alteração nos atos motores da criança com P.C. são decorrentes de certa preferência das lesões por áreas corticais diferentes responsáveis pela motricidade e tono, acarretando um quadro clínico também variado. Isto está sintetizado no quadro abaixo (Brandão, 1992):

LESÃO	ALTERAÇÕES TÔNICAS	MOTILIDADE	ATITUDES
Lesão do córtex frontal ou via córtico-espinhal	espasticidades e movimentos associados	perda de movimentos voluntários e padrões totais sem seletividade	Típicas
Lesão dos núcleos da base e seus circuitos	tono flutuante hipotonia ou hipertonia, bloqueio tensional	hipercinesia	Variáveis
Lesão do Locus Niger e dos seus circuitos	rigidez tremor de repouso	Acinesia	Típicas
Cerebelo e circuitos córtico-ponto cerebelares	hipotonia Atonia Tremor de ação	Incoordenação	Típicas

Para Bobath (1984) "O termo 'tono postural', ao invés de tono muscular, é usado para expressar o fato de que para ser conseguido o controle da postura e do movimento, os músculos são ativados em padrões nos quais os músculos individuais perdem sua identidade". Deste modo, para testarmos se existe alteração no tono, o que é comum nos casos de P.C., faz-se um movimento passivo nos segmentos de um membro, observando se ocorre resistência ou não do músculo ao estiramento passivo. Embora pouco se conheça a respeito da natureza da espasticidade, considera-se ser uma "liberação do sistema gama, e mais raramente do sistema alfa do controle inibidor dos altos centros", (Rushworth, 1960; Boyd e outros, 1964 in Bobath, 1984).

Neste caso ocorre uma exagerada resposta ao estiramento (o fenômeno do canivete) e as reações de alongamento e encurtamento levando ao tônus hipertônico ou espástico.

Num grau muito grave de espasticidade pode ocorrer a rigidez ou também assim chamada de "hipertonia plástica" que é reconhecida pela "resistência inalterada de um grupo muscular ao estiramento passivo em todo o percurso da flexão ou extensão" (The Little Club, 1959, in Bobath 1984).

Um outro tipo de tono na P.C. a ser considerado é a flacidez ou hipotonia que torna-se um fenômeno transitório e evoluirá para um tono hipertônico ou plástico, ou ainda, para um tono instável e flutuante. A explicação para este tipo de tono pode ser um "alto limiar do sistema gama ao estímulo, devido a um sistema inibitório hiperativo do tronco cerebral liberado do controle cerebelar (Magorn e Rhines, 1946 in Bobath, 1984).

Para Brandão (1992) "A espasticidade corresponde à presença da resposta ao reflexo de estiramento toda vez que as mesmas forem distendidas durante os movimentos ativos ou passivos. A contração dos músculos distendidos é uma consequência do exagero patológico da intensidade da resposta do reflexo miotático".

Outro sinal típico que encontramos na criança com P.C. é a presença de reflexos tônicos primitivos mais intensos e que persistem por mais tempo que deveriam. A persistência destes reflexos primitivos torna-se uma das principais causas dos distúrbios dos movimentos e posturas da criança com P.C., sendo dominantes em quase todas as atividades da criança. Segundo Bobath (1984) "As reações associadas, também características em alguns

casos de P.C. são reflexos tônicos que se espalham de um membro para o resto das partes afetadas. Ainda diz que "Na criança com P.C., elas produzem um aumento da espasticidade em todas as partes do corpo não diretamente ligadas ao movimento pretendido".

Outros movimentos anormais não intencionais também chamados de hipercinesias, podem ocorrer nas crianças portadoras de P.C., e que descreveremos de forma resumida, a seguir:

- Atetose: o tipo de tono postural é instável e fluctuante levando a movimentos ondulares de grande amplitude, repetitivos, lentos e predominam nas extremidades.

- Coreia: discinesia agitante que compromete a face, língua, mãos e pés. Os movimentos são bruscos, rápidos e de amplitude variável.

- Ataxia: na ataxia as lesões ocorrem a nível cerebelar, caracterizando uma função postural acentuadamente defeituosa resultando em equilíbrio perturbado, cuja distribuição afeta o tronco e as pernas podendo ou não os membros superiores estarem envolvidos. Outros sinais podem estar presentes como a dismetria, assinergia, disdiadococinesia, tremor, transtornos da palavra e da escrita.

Machado (1988) define hipercinese, didiadococinesia e dismetria da seguinte maneira:

- Hipercinese: movimentos descontrolados, visto nas atetose, coreia, ataxia. Manifestam-se como tremores ou movimentos involuntários anormais, às vezes violentos e que recebem denominações diversas, conforme suas características (balismos, movimentos coreicos, atetósicos e outros).

- **Disdiadococinesia:** é a dificuldade de fazer movimentos rápidos e alternados como por exemplo, tocar rapidamente a ponta do polegar com os dedos indicador e médio, alternadamente.

- **Dismetria:** consiste na execução defeituosa de movimentos que visam atingir um alvo, pois o indivíduo não consegue dosar exatamente a "quantidade" de movimento necessário para isto. Pode-se testar este sinal pedindo-se ao paciente para colocar o dedo na ponta do nariz e verificando se ele acerta.

Trombly (1989), define dissinergia, assinergia e tremor:

- **Dissinergia e Assinergia:** decomposição do movimento com falta de desempenho suave dos movimentos porque a ação sinérgica ou reciprocação entre agonista e antagonista está prejudicada ou ausente (assinergia). Na decomposição do movimento, cada articulação envolvida em um padrão de movimento funciona independentemente, de forma que esse movimento é fragmentado em suas partes, ao invés de ser suave e coordenado.

- **Tremor:** estremeçamento intencional que ocorre durante o movimento voluntário e diminuto ou ausente em repouso.

4 - Distúrbios associados

Além do quadro motor característico da Paralisia Cerebral, outros distúrbios podem ocorrer. Neste caso, os distúrbios mais frequentes são:

- **Transtornos auditivos:** estes são os menos encontrados na P.C., e parecem estar associados à incompatibilidade sanguínea, à rubéola materna que podem causar surdez ou alterações au-

ditivas. A alteração auditiva pode ser devida à lesão do VIII par craniano, surdez perceptiva ou alteração labiríntica. A deficiência auditiva poderá tornar prejudicada as vias de entrada dos estímulos sonoros, levando a criança a uma pobre vivência de informações, impedindo uma exploração global do seu meio ambiente.

- Transtornos visuais: a incidência de alterações visuais na P.C. é grande, sendo o estrabismo, hemianopsias (redução do campo visual a metade em cada olho), nistagmo (movimentos de oscilação do globo ocular), erros de refração, atrofia gótica, defeitos visuais perceptivos e outros. Estes transtornos afetarão a percepção visual e/ou visomotora tendo uma ligação direta com problemas na coordenação motora em geral na criança P.C..

- Transtornos sensitivos: encontraremos alterações na sensibilidade tátil, térmica, dolorosa, estereognósica e cinético-postural.

- Transtornos intelectivos: em cerca de 75% dos casos de P.C. podemos encontrar uma limitação intelectual com graus variáveis de comprometimento. Contudo, existem casos em que o quadro motor é muito severo e a inteligência normal, podendo, no entanto, no decorrer do desenvolvimento encontrarem dificuldades pedagógicas pela própria limitação motora durante a infância.

- Quadros convulsivos: cerca de 30% das crianças com P.C. têm uma história de uma ou mais crises epiléticas. Estas podem ser de pequeno mal ou grande mal.

- Transtornos da fala e linguagem: o desenvolvimento da fala e da linguagem do P.C. pode estar comprometido devido a vários fatores tais como: incoordenação da musculatura dos órgãos

da fala e/ou respiratória, transtornos auditivos e intelectuais, lesões corticais, mal-formações da arcada dentária ou palato.

- Transtornos psicológicos: a criança com P.C. pode apresentar dificuldades psicológicas em decorrência da sua própria condição, havendo dificuldades de adaptação, superproteção, insegurança e falta de integração social.

5 - Tipos de Paralisia Cerebral

Existem várias maneiras de classificação para a Paralisia Cerebral e a mais utilizada é a que leva em conta o padrão dos prejuízos do movimento e da postura, quanto a localização dos distúrbios e quanto ao grau de severidade destes distúrbios.

Bobath (1984) define quadriplegia "A quadriplegia é definida como o envolvimento de todo o corpo, sendo as partes superiores mais envolvidas do que, ou pelo menos tão envolvidas quanto as partes inferiores. A distribuição é geralmente assimétrica. Se a assimetria é muito acentuada, estas crianças são às vezes referidas como tendo 'dupla hemiplegia'. Devido o envolvimento maior das partes superiores, o controle é deficiente, como também a coordenação dos olhos". Com isso essas crianças também apresentam dificuldades para se alimentar e para a articulação da fala. A maioria espásticas se encontram neste grupo: praticamente todas as crianças atetósicas; os tipos mistos de espasticidade e atetose ou ataxia, e os casos de ataxia cerebelar.

Na diplegia há também o envolvimento do corpo todo, embora os membros inferiores estejam mais acometidos que os superiores, sendo estes pouco afetados, juntamente com o controle da

cabeça. Bom desempenho na fala.

Para Bobath (1984) "Este grupo consiste quase exclusivamente de crianças espásticas, mas ocasionalmente a ataxia pode estar associada a uma diplegia espástica. Tem-se achado que a etiologia espástica é a prematuridade".

A hemiplegia: o envolvimento é apenas de um dos lados do corpo, ou seja no hemicorpo esquerdo ou direito. Nestes casos praticamente todas as crianças apresentam um quadro espástico.

Nestes três tipos descritos, embora ocorra uma diferenciação em relação à topografia do acometimento, existe uma característica comum que é a espasticidade. A criança espástica mostra hipertonia de um caráter permanente, mesmo em repouso. O grau de espasticidade varia com o estado geral da criança, isto é, sua excitabilidade e a força do estímulo ao qual ela é submetida a todo momento.

A ataxia pura na paralisia cerebral é muito rara, e no início não é facilmente reconhecida, já que não pode ser diferenciada do "bebe mole". O bebe mole apresenta uma hipotonia generalizada geralmente devido a mal-formação do S.N.C. determinada geneticamente, levando a um grau mais ou menos grave de retardo mental.

Bobath (1984) nos diz que "A maioria dos casos de P.C. atáxica é causada por lesão cerebral e são de caráter misto, sendo o fator comum em todas as ataxias em tono postural persistentemente baixo combinado com distúrbio da inervação recíproca, com ausência de co-contracção, o que torna o controle sustentado contra a gravidade e os movimentos impossíveis ou muito difíceis".

As crianças que apresentam F.C. do tipo atetóide mostram um tono postural muito instável e flutuante, que varia de acordo com o grau de estímulo e esforço a que a criança é submetida. Geralmente o tono postural básico é abaixo do normal, variando a amplitude de flutuação. Nestes casos ocorre uma inabilidade em controlar os movimentos e dar fixação postural que interferirão no desempenho de habilidades normais.

Segundo Bobath (1984) "Os movimentos são, espasmódicos, incontrolados e de amplitude extrema, com fraco controle das amplitudes médias".

CAPÍTULO II - AS QUESTÕES QUE ENVOLVEM O ATO DE BRINCAR PARA ESSAS CRIANÇAS

é nossa pretensão tentar mostrar, neste capítulo, a importância que o brinquedo e a brincadeira têm para o desenvolvimento global da criança portadora de Paralisia Cerebral. Para tanto, utilizaremos algumas definições que nos parecem pertinentes, dadas as suas características teóricas voltadas para o aspecto sócio-cultural do brinquedo e da brincadeira. Estas definições procuram estabelecer a relação existente no ato de brincar da criança com o meio em que ela vive e o seu valor no desenvolvimento.

A escolha foi em função de, também, ser nossa intenção discutir as questões que envolvem a família da criança com Paralisia Cerebral e analisar as razões que impedem de utilizar e acreditar que o brinquedo e a brincadeira podem ser um recurso transformador na relação pais e filhos.

Além disso faremos uma abordagem quanto às alterações que estão presentes no P.C., sendo estas predominantemente motoras, mas que limitam estas crianças de se comunicarem com o mundo de uma maneira gestual ou verbal. Neste sentido a análise da limitação se faz necessária, mais no sentido de procurarmos as possibilidades existentes nas crianças com P.C. de brincar, do que no sentido real da palavra "limitação".

1 - A importância do brinquedo e da brincadeira na infância

A medida em que tentamos encontrar uma definição mais objetiva dos termos brinquedo e brincadeira verificamos que isto não é tão fácil quanto parece. Talvez por já termos em nossas idéias algo pré-concebido que brincadeira não é coisa séria, portanto fácil de definir.

Mas, na verdade, isto não é bem assim. Embora encontremos que a realização do lúdico tem o caráter de jogos, brincados, divertimento, prazer e alegria, muito tem por trás disso, porque a atividade lúdica não é determinada somente pelas crianças, mas também pelo adulto. Agora, então, talvez pudéssemos estabelecer algo. Para o adulto o brinquedo e a brincadeira pode não ser coisa séria, mas para a criança esta atividade é tomada como algo muito sério.

Para alguns autores encontramos definições mais determinadas para o brinquedo, no entanto para a brincadeira, outro termo citado é o jogo.

Para Aufauvre (1987), o termo jogo pode aplicar-se a certos objetos que servem de suporte à atividade lúdica, mas também cobre diferentes tipos de comportamento tendo em comum a gratuidade em relação aos imperativos da vida. Já o termo brinquedo designa os objetos naturais, construídos ou manufaturados, que servem de suporte à atividade lúdica.

Marcelino (1990), faz uma referência do trabalho desenvolvido pelo sociólogo Paulo de Sales Oliveira que define "o brinquedo é caracterizado como objeto, cuja utilização seria mar-

cada, com maior intensidade, pelo exercício individual e pela gratuidade, enquanto o jogo e a brincadeira seriam distinguidos pela ação coletiva mais próxima do culto à excelência na prática, à destreza, ao desejo de vencer e a disputa".

Nestas definições podemos observar que Aufauvre não caracteriza o jogo e a brincadeira com sentido de competitividade, disputa e desejo, que Oliveira faz, mesmo para o termo brincadeira. Já quanto ao brinquedo, Aufauvre faz referência ao seu uso como suporte na atividade lúdica, parecendo-nos ser tanto de forma individual como coletiva, já que nas brincadeiras, ou nos jogos, podem se fazer uso do instrumento ou o objeto "brinquedo".

Para Oliveira o brinquedo tem mais uma característica de atividade individualizada e em forma de exercício.

Marcelino (1990), observa que além destes autores encontraremos Benjamin que também considera o brinquedo como "instrumento de brincar" da brincadeira, distinguindo-o do jogo, pois nesse há o predomínio do caráter da imitação.

Poderíamos então, agora, buscar esses e outros autores, que fazem um estudo do brinquedo, da brincadeira e do jogo numa concepção social e também cultural. Vão determinar de que forma o brinquedo e a brincadeira são introduzidos na vida do indivíduo e a sua importância para o desenvolvimento da criança.

Winnicott chama a atenção para a brincadeira como base para a participação cultural. Só que enquanto o jogo é visto por Huizinga de uma perspectiva sócio-cultural, a brincadeira é enfocada por Winnicott de uma perspectiva individual. Diz, ainda, Winnicott (1975) que é no brincar e somente no brincar que o in-

divíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral. Para ele o brincar conduz naturalmente à experiência cultural e, na verdade, constitui seu fundamento".

A brincadeira é universal e facilita o crescimento, portanto, a saúde. Conduz aos relacionamentos grupais e é uma forma de comunicação. Pimenta (1986) salienta "a grande importância da brincadeira desde a primeira experiência do bebê com a mãe até as experiências dos grupos culturais de um modo geral. É de grande importância para um povo a abertura, o desenvolvimento e a possibilidade de expressão desse espaço cultural de intercomunicação de fantasias".

Para Oliveira (1989) "a criança quando brinca aprende a se expressar no mundo, criando ou recriando novos brinquedos e, com eles, participando de novas experiências e aquisições. No convívio com outras crianças trava contato com a sociabilidade espontânea, ensaia movimentos do corpo, experimenta novas sensações.

Então, poderíamos pensar, de que forma o brinquedo ou a brincadeira são introduzidos na vida de uma criança?

Winnicott (1975), em sua teoria da brincadeira nos revela esse processo inicial, da relação que o bebê estabelece com a mãe e de que maneira o brinquedo ou objeto é introduzido nesta tríade.

Num primeiro momento todas as necessidades do bebê são satisfeitas pela mãe. O bebê vive a sensação de que todas as suas necessidades podem ser supridas pela mãe. A figura da mãe está presente através dos seios, onde a criança vive uma experiência

de satisfação.

Na medida que ocorre um afastamento necessário da mãe, a criança começa a vivenciar uma experiência nova em sua vida que é a separação. Portanto, um espaço vai se criando e, progressivamente, sendo ocupado por objetos que terão a função de amenizar esta situação. Winnicott chamou este espaço de espaço transicional.

É muito comum observarmos crianças, apegadas a cobertores, ursinhos, fraldas, travesseiros que se tornam objetos que assumem um papel muito importante para a vida da criança.

Quando este processo ocorre de maneira natural, começa-se a estabelecer uma relação de confiança entre o bebê e a mãe, e posteriormente, com as outras pessoas.

Este período é chamado por Winnicott de "ficar sozinho na presença de alguém", ou seja, o bebê sabe que a mãe pode ser perdida e readquirida quando assim o desejar. A criança exerce um controle mágico sobre a presença da mãe.

Fica, então, firmado o poder da brincadeira entre a mãe e o bebê. Ora este dita as regras da brincadeira, ora a mãe introduz suas regras, que podem ou não serem aceitas pelo bebê. Assim, brincando com a mãe, a criança vai se preparando para brincar com os outros.

Para Fimenta (1986) "A brincadeira tem um lugar, tem um tempo e tem uma função muito importante: preparar a criança para um relacionamento social".

Para Winnicott (1975), é pela via do espaço transicional que vão transitar fenômenos de grande importância como o ato

de brincar compartilhado. Daí serão abertas vias através da brincadeira, para o espaço cultural, podendo-se dizer que a similaridade das experiências ilusórias é a raiz natural do agrupamento de seres humanos.

Esse processo é contínuo e a criança o vive intensamente no seu desenvolvimento. Essa necessidade de se desenvolver, buscando novas experiências, sensações, é que levam a criança a brincar.

A todo momento surge uma nova função, e a criança ao entrar em ação, é impelida a buscar o tipo de atividade que lhe permita manifestar-se da forma mais completa.

A primeira atividade é brincar.

Amonachvili (1991) ressalta que "a criança tem boas razões para brincar, mais relacionadas a estímulos internos que a circunstâncias exteriores. A criança não é atraída por nenhum brinquedo - suas funções internas é que buscam no meio exterior objetos ou condições que lhe permitam satisfazer a necessidade imediata do desenvolvimento".

Encontramos outro teórico que compactua com esta visão e, além disso, acrescenta outros dois aspectos que são a motivação e a percepção.

Vygotsky (1989), diz que "é no brinquedo que a criança aprende a agir numa esfera cognitiva, ao invés de uma esfera visual externa, dependendo das motivações e tendências internas e não dos incentivos fornecidos pelos objetos externos".

O mesmo autor observa que: "a raiz das restrições situacionais sobre uma criança situa-se no aspecto principal da

consciência característica da primeira infância: a união de motivações e percepções. Nesta idade a percepção não é, em geral, um aspecto independente mas, ao contrário, um aspecto integrado de uma ação motora. Toda percepção é um estímulo para a atividade".

Para a criança pequena o objeto ou o brinquedo tem uma capacidade motivadora grande. A criança tem a percepção do objeto, que está intimamente ligado a uma ação motora. Por exemplo: uma porta solicita que a abram e a fechem, uma escada que a subam ou, ainda uma tomada que acende e apaga uma luz. Na medida em que o desenvolvimento se processa, o objeto vai perdendo seu aspecto determinado, ou seja, a criança começa a agir independentemente daquilo que ela vê.

O mesmo ocorre em relação ao processo de desenvolvimento da fala. Quando dizem a uma criança a palavra televisão, esta associará com a localização espacial deste objeto, olhando em sua direção. A palavra, inicialmente, tem o significado de uma localização espacial particular. Posteriormente, a criança adquire esta função, sendo capaz de identificar o objeto, mesmo este não estando presente.

Para uma criança com menos de 3 anos, o brinquedo é um jogo sério, assim como é para o adolescente, é claro, num sentido diferente da palavra; para essa criança, brinquedo sério significa que ela brinca sem separar a situação imaginária do real. Um exemplo disto é quando a criança brinca com uma boneca, ela reproduz exatamente o que sua mãe faz, inclusive a utilização das mesmas palavras.

Vygotsky (1989) afirma que "Esta situação é imaginária, mas só a luz de uma situação real que de fato tenha acontecido. O brinquedo, nesta fase é muito mais a lembrança de alguma coisa que realmente aconteceu do que imaginação. É mais a memória em ação do que uma situação imaginária nova".

Surge, então, a criança que entra na fase pré-escolar. Para essa, o seu mundo é ilusório e imaginário, onde os desejos não realizáveis podem ser realizados. É o mundo do brinquedo e da brincadeira. Segundo Vygotsky (1989) "Como todas as funções da consciência, a imaginação surge originalmente da ação".

A ação regida por regras começa a ser determinada pelas idéias e não pelos objetos. Isso representa uma inversão muito importante da relação da criança com a situação concreta real e imediata, que é difícil subestimar seu pleno significado.

Para uma criança em idade escolar, o brinquedo torna-se uma forma de atividade mais limitada, predominantemente do tipo esportivo, que preenche um papel específico em seu desenvolvimento, e que não tem o mesmo significado do brinquedo para uma criança em idade pré-escolar. Na idade escolar, o brinquedo não desaparece, mas permeia a atitude em relação à realidade

Vygotsky (1989), ressalta que: "A ação na esfera imaginativa, numa situação imaginária, a criação das intenções voluntárias e a formação dos planos da vida real e motivações volitivas - tudo aparece no brinquedo, que se constitui, assim, no mais alto nível de desenvolvimento pré-escolar".

Alude para o fato de que "no brinquedo, a criança sempre se comporta além do comportamento habitual de sua idade, além

de seu comportamento diário; no brinquedo é como se ela fosse mais do que é na realidade. Como no foco de uma lente de aumento, o brinquedo contém todas as tendências do desenvolvimento sob forma condensada, sendo, ele mesmo, uma grande fonte de desenvolvimento".

Observa ainda que: "a criança desenvolve-se, essencialmente, através da atividade de brinquedo. Somente nesse sentido o brinquedo pode ser considerado uma atividade condutora que determina o desenvolvimento da criança".

2 - Os pais; o terapeuta e a criança

Para Ackerman referido por Regen (1992) a família é vista como, "a unidade básica de desenvolvimento e experiência, realização e fracasso, saúde e enfermidade".

Nesta conceituação percebemos o papel importante que a família assume no desenvolvimento de um indivíduo, refletindo e sendo responsável pela sua formação enquanto pessoa, seja como um ser individual ou como um ser social. Além disso, o aspecto da saúde e enfermidade nos chama atenção no sentido de que a expectativa dos pais em relação à vinda de um bebê, é sempre carregada de anseios, fantasia e desejos que só lhes permitem visualizar um bebê saudável, como qualquer ser humano tem o direito de sonhar.

No entanto, esse processo pode ser modificado, com a vinda de um bebê com problemas. Uma enfermidade que pode acontecer tanto num período gestacional como no próprio parto, não é esperada e nem desejada em momento algum pelos pais.

Quando isto ocorre várias reações advêm, em função de que os pais não estão preparados para a enfermidade e sim para a saúde.

Estas reações podem variar de família para família. Algumas passam por todo um processo de culpa, negação, inferioridade, vergonha, raiva, solidão, desamparo, e outras podem reagir de maneira mais positiva, embora não escapem de vivenciar algumas destas reações.

Muitas são as perguntas que estes pais se fazem, sendo que a maioria não encontra resposta ou, quando buscam, não as aceitam de imediato. Vivenciam um sentimento de ambivalência constante acerca da criança: sentem que amam seu bebê e o querem muito, mas, ao mesmo tempo o rejeitam por existir algo lesado, ou anormal.

Existe um período de elaboração inicial, que nem sempre ocorre de maneira satisfatória, já que em nossos serviços hospitalares, os profissionais da saúde não estão inseridos em programas que assistam a esses pais.

Ainda que desorientados, os pais saem em busca de ajuda, através dos médicos, terapeutas e outros, na tentativa de soluções "milagrosas" para a cura definitiva do seu bebê.

Cabe à equipe multidisciplinar responsável pelos cuidados desta criança, dar todas as informações necessárias, apoio terapêutico e técnico aos pais.

Neste momento, os pais se deparam com a real situação do que é ter e ser uma criança com paralisia cerebral e quais as consequências para o seu desenvolvimento global. Começam, a ques-

tionar e perceber o que acontece de diferente com uma criança que é portadora de paralisia cerebral e com a criança normal.

Ficam sabendo que devido a uma lesão do cérebro no começo da infância, o desenvolvimento da criança com paralisia cerebral se processará de forma lenta, desorganizada e anormal.

Já na apresentação da primeira edição de seu livro Finnie (1980), nos diz que do ponto de vista motor vê-se uma "insuficiente ou total falta de controle da cabeça e, também, um desenvolvimento incompleto da habilidade de usar as mãos e os braços para o apoio, para alcançar, para agarrar e para manipulação, faltando, também à criança, o equilíbrio e o controle de suas posturas, especialmente no sentar, ficar de pé e andar".

Frente a este panorama os pais têm as mais variadas atitudes, sendo que ocorre um predomínio de duas situações a considerar. A primeira seria daquele pai ou mãe que tudo quer fazer pelo seu filho, submetendo-o a todas terapias convencionais existentes, além das alternativas. O aspecto da alteração motora que relatamos no parágrafo anterior, torna-se um item super-valorizado pelos pais a ponto de não perceberem outras necessidades básicas do bebê para o seu desenvolvimento global. Muitas vezes o contato que os pais estabelecem com o bebê em casa, é quase que uma continuidade das terapias, só que aqui domiciliar, onde os pais deixam de ser pai e mãe para ser o terapeuta domiciliar. Uma segunda possibilidade é daqueles pais que delegam toda responsabilidade aos terapeutas, não tendo participação alguma, a não ser a financeira, garantindo, assim, que estão fazendo algo pelo seu filho.

Logicamente, não compactuamos com nenhuma das duas hipóteses, e sim concordamos com Finnie (1980), que trata os pais como os mais importantes membros da equipe que cuida da criança lesada, e que deve estar profundamente envolvido desde o início.

Consideramos aqui o envolvimento muito necessário, mas desde que seja dosado, saudável e produtivo para a criança. Os pais devem entender que existem problemas e compreender o quanto eles afetam o desenvolvimento da criança. Mas, ao mesmo tempo, perceber que a criança P.C. não é um ser motor apenas. Finnie (1980) ressalta que "Se existe um programa terapêutico a ser estabelecido para o seu filho, não será dividido em tantos ou quantos minutos por movimentos, fala ou habilidades gerais, mas será um programa integrado, cobrindo todos os aspectos ao mesmo tempo".

Acreditamos que, na medida em que os pais começam a sentir, perceber e aceitar o seu filho P.C., não só enquanto um ser limitado, mas com possibilidades latentes a serem despertadas, a chance deste ser desenvolver e ser feliz, aumentam efetivamente.

Quando este processo ocorre, as primeiras relações sociais começam a se estabelecer. Esta aceitação social começa no grupo familiar, onde serão as mais significativas e importantes relações. Estas experiências prepararão suas relações com outras pessoas e a evolução de sua personalidade será facilitada se forem satisfatórias as experiências sociais iniciais. A criança diferente necessita, no ponto de vista social e emocional, exatamente o mesmo das outras crianças.

Fica claro aqui, que o foco de atenção dos pais deve sofrer uma inversão. Na medida em que eles conseguem visualizar estas outras possibilidades e necessidades do seu bebê, a supervalorização do desenvolvimento motor perde força.

Não é nossa pretensão com isso desqualificar a importância do trabalho técnico de manuseios e cuidados com a criança portadora de Paralisia Cerebral. Este é necessário sim, mas acreditamos que há um excesso e uma sobrecarga de técnicas específicas de tratamento que tomam grande parte da vida da criança P.C.. Esta posição é sustentada não só por muitos pais, mas também por muitos terapeutas, que nem sempre conseguem ver a criança P.C. como uma criança que também tem outras necessidades.

Estas necessidades são muitas, mas neste trabalho defenderemos a que consideramos vital para qualquer criança, seja ela P.C. ou não: a necessidade de brincar.

No princípio deste capítulo observamos que vários estudiosos afirmam o valor do brincar e da brincadeira para o desenvolvimento da criança. Quando se trata da criança com paralisia cerebral, em que os problemas nos ficam às vistas, podemos até pensar que o brincar para ela não é o mais importante, mas sim o tratar. Assim é, muitas vezes, a visão dos pais.

Pimenta (1986), afirma que "o ato de brincar, por si só, é terapêutico e é necessário que se tenha uma atitude social positiva com relação à brincadeira".

Vários são os profissionais que atendem a criança com P.C., mas talvez o terapeuta ocupacional seja aquele que mais compartilha com essa tendência de brincar que é um estado natural

da criança, indispensável à plenitude de seu desenvolvimento.

Por fazer uso do brinquedo e da brincadeira como seu instrumento principal no tratamento das crianças com Paralisia Cerebral, este profissional nem sempre recebe o reconhecimento devido. Não queremos, aqui, levantar bandeiras por esta profissão, mas sim analisar, criticamente, o porque deste preconceito, resistência e falta de reconhecimento que o adulto tem ou, aqui, no caso, os pais em acreditar no valor desta atividade.

Amonachvilli (1991), em seu artigo "um impulso vital", é clara e extremamente feliz quando diz: "tudo iria bem se em torno das crianças houvesse, com mais frequência, adultos que soubessem brincar com elas. Infelizmente as brincadeiras infantis nos embarçam, desviam-nos de nossas ocupações e vão de encontro a nossa imobilismo pedagógico. Cabe aos adultos que cercam a criança e têm o dever de zelar por ela, conhecendo as leis de seu desenvolvimento e o lugar aí ocupado pela atividade lúdica, criar as condições materiais e espirituais, suscetíveis de assegurar o livre desenvolvimento de suas vocações naturais e manifestação de sua vontade".

Poderia ser a falta de condições materiais, o saber usar a própria intuição ou, até mesmo, o desconhecimento das atividades lúdicas que os pais das crianças brincam tão pouco ou nada com elas?

Em entrevistas realizadas para esta monografia, podemos levantar algumas situações relatadas pelos próprios pais quanto às dificuldades encontradas por eles no ato de brincar com seu filho. Descreveremos algumas opiniões, a seguir:

-"A dificuldade está nas mãos de I. que não consegue pegar bem os brinquedos. Não tem brinquedos adaptados. Gosta de ver os brinquedos de corda (outros fazendo por ele). O não andar sózinho também é um problema porque não consegue acompanhar o irmão que é gêmeo. I. começa a sentir suas barreiras".

-"As dificuldades são quanto ao tamanho da criança; a dependência motora grave que a criança tem; lidar com os comportamentos de birra; falta de brinquedos adaptados; a falta de local para brincar".

-"Os movimentos bruscos e a agitação de F. atrapalham para brincar. Quanto mais tiver brinquedos diferentes e novos expostos para F., maior é a sua agitação. Por esta razão a mãe não troca muito os seus brinquedos".

Parece-nos, frente a estes relatos, que as dificuldades estão sempre relacionadas às limitações, sejam elas do próprio quadro e pela gravidade do caso, ou de fatores externos, como a falta de brinquedos adaptados que levam a uma pobre atividade lúdica.

No entanto, sempre o parâmetro é a criança normal que passa por um processo de desenvolvimento onde fica bem determinado o tempo do brinquedo, o tempo da brincadeira e o tempo do jogo. Será que, para a criança P.C., o ideal seria nos fixarmos nestas fases tão bem estabelecidas? Acredito não ser essa a nossa saída.

3 - Das limitações às possibilidades de brincar

L é uma menina de 5 anos que, por anoxia neonatal, teve em sua história de vida, portar as sequelas que uma paralisia cerebral lhe deixou.

Após o seu primeiro ano de vida, seu quadro foi sendo definido dentro de um tipo de paralisia cerebral que chamamos de atetóide, descrito no primeiro capítulo.

Este tipo de P.C. é caracterizado, principalmente, pela intensa flutuação de tônus, sendo em L. muito presente este sintoma. Além disso apresenta alterações de movimentos nos membros superiores e inferiores, o controle sobre as posições de sua cabeça é deficitário em função de alguns reflexos primitivos, que ela ainda apresenta.

E o que este quadro motor pode influenciar nas atividades de brincar de L.? Quando L. percebe, visualmente, qualquer brinquedo de seu interesse ao mover sua cabeça um reflexo primitivo chamado reflexo tônico cervical assimétrico, que deveria ser inibido aos 6 meses de vida, ainda está presente no caso de L. Desta forma, ao girar sua cabeça, seu membro superior do mesmo lado que a cabeça girou, é estendido sendo que o outro membro flete em direção ao lado occipital da cabeça. Com isso pode alcançar o brinquedo, mas não consegue trazê-lo até perto de si, se não girar novamente a cabeça, perdendo, assim, o contato visual. Além disso, a falta de controle voluntário e coordenação sobre seus movimentos, fazem com que L. não consiga atingir o alvo desejado (dissinergia e dissimetria) e nem quantificar os movimen-

tos necessários para executar um ato motor. Geralmente os seus movimentos bruscos e involuntários (hipercinesia) jogam os brinquedos para longe, sejam estes pequenos ou grandes. A manutenção de um objeto em suas mãos não é possível porque na medida que seu tônus sofre uma variação, ao tentar manter o objeto, este é "amassado" ou cairá de suas mãos, sem que tenha controle sobre isso.

L. tem inteligência normal, e tenta mostrar isso a todo momento, através de suas atitudes, mesmo que extremamente limitadas do ponto de vista motor.

Sua comunicação lhe é própria, utilizando gestos e, principalmente, movimentos faciais, onde seus olhos tentam falar com o mundo, todos seus desejos, insatisfações, alegrias e tristezas.

Por todas intercorrências que L. vivenciou ao longo de sua existência, fez com que ela se tornasse uma criança insegura emocionalmente. Sua habilidade emocional é constante, sentindo-se ameaçada a qualquer situação nova.

Socialmente, como toda criança que porta uma deficiência, sofre as discriminações e estigmas que a sociedade se esmera em demonstrar. É uma criança que tem sua família como companheira, antes apenas a mãe, hoje em dia o pai que aprendeu a aceitá-la como ela é, e um irmão que acaba de chegar.

Logicamente, L. é um caso entre tantos, mas com uma história que lhe coloca frente a todas as dificuldades de tentar ter uma vida comum e vencer as suas "limitações".

Frente a este caso, já é possível percebermos quantos podem ser os problemas que limitarão a experiência do brincar para uma criança portadora de paralisia cerebral.

O primeiro deles pode estar exatamente no como o brinquedo e a brincadeira são introduzidos na vida deste bebê. Retomando a teoria da brincadeira de Winnicott (1975), referendada no início deste capítulo na fase inicial do desenvolvimento "o bebê e o objeto estão fundidos um no outro. A visão que o bebê tem do objeto é subjetiva e a mãe se orienta no sentido de tornar concreto aquilo que o bebê está pronto a encontrar. O objeto é repudiado, aceito de novo e objetivamente percebido. Esse processo complexo é altamente dependente da mãe ou figura materna preparada para participar e devolver o que é abandonado.

Na criança P.C., parece-nos que este processo se torna permanente ao longo de vários anos, tanto no sentido de um amadurecimento psíquico, bem como na própria limitação motora. Essa onipotência psíquica que o bebê deve vivenciar através da confiança que ele estabelece com a mãe é alterada porque o grau de dependência da mãe continua. O bebê P.C. não é capaz de dar conta de suas "experiências" sózinhos, sem a presença da mãe. Logo o controle que o bebê tem do real é distorcido porque as situações reais são lotadas de incapacidade, incertezas e insegurança.

É comum ouvirmos das mães que suas crianças P.C., dificilmente brincam ou ficam sózinhas sem a presença de outrem. Outro comentário unânime é de considerarem que seus filhos só começaram a brincar de fato, com certa independência, a partir dos três anos de idade.

Por muito tempo a brincadeira é aquela que a mãe lhe propicia, ou seja, introduz o seu próprio brincar que nem sempre o bebê tem condições de aceitar ou não. Se esse processo ocorresse de maneira natural, como é num bebê normal, logicamente e se a mãe assim o permitir, este bebê estaria então preparado para um brincar conjunto num relacionamento.

Concluimos então, que se para o bebê normal a relação estabelecida com a mãe é vital para o brincar, imaginem com a criança P.C. que depende quase que exclusivamente da mãe para garantir sua experiência no brincar.

A mãe, e conseqüentemente o pai, são vitais para a garantia de que este bebê possa ter atividades lúdicas.

Outro ponto que levantamos é a questão da comunicação. Estas crianças com problemas de comunicação estabelecem por muito tempo um código para localização espacial. Os brinquedos, os locais, os objetos passam a ter um significado também através dos espaços que ocupam. A comunicação é feita através de gestos, sinais, olhares, mudança de posição da cabeça ou de alguma parte do corpo que a criança possa movimentar mais coordenadamente. Normalmente os pais são os que mais conhecem esses códigos estabelecidos pela criança. As mudanças espaciais de objetos, brinquedos, equipamentos, podem trazer transtornos se a criança não participar efetivamente desta mudança.

O comprometimento na comunicação terá também influência direta nas relações estabelecidas com outras crianças.

Para Aufauvre (1987), essa criança que não governa seus movimentos, não controla a força de seus gestos, se sentirá cons-

trangida em suas relações com as outras crianças, as quais poderão não compreender que aquilo que parece ser um soco é na verdade, apenas uma tentativa de aproximação em que o gesto escapa ao controle da criança.

O ritmo de aprendizagem é outro elemento a ser considerado. Acreditamos ser o brinquedo e a brincadeira um elemento essencial, para o desenvolvimento cognitivo da criança. Mas não ignoramos que este desenvolvimento sofrerá uma defasagem em função da pobre vivência sensorial, motora e social que fatalmente a criança P.C. terá.

Aufauvre (1987), observa que, a criança com uma deficiência essencialmente motora, não se sente limitada apenas no plano da motricidade; realmente vai haver, muito cedo, uma defasagem mais ou menos acentuada entre suas possibilidades e compreensão, seus interesses e sua eficiência no que diz respeito à experiência e realização. A criança certamente corre o risco de acumular lacunas por não poder levar a termo suas atividades; corre também o risco de se sentir desencorajada em seu apetite de descobertas, e isto será ainda, muito mais grave para a sequência de seu desenvolvimento, se as pessoas que a cercam não se encarregarem de facilitar suas descobertas.

Contudo não devemos subestimar a capacidade intelectual destas crianças. Elas devem ser exploradas ao máximo em suas potencialidades, mesmo que de maneira mais lenta. O seu ritmo deve ser respeitado e entendido pelas pessoas que a rodeiam.

Um ingrediente essencial da brincadeira é a expressão do comando interno da criança para sua satisfação como um ser

sensorio motor.

A percepção do ambiente em que vive e as motivações para o ato de brincar podem variar significativamente na criança P.C.. Um exemplo dado por Aufauvre (1987), em seu livro "Aprender a brincar, aprender a viver", ilustra bem isto.

"D. tem cerca de sete anos e se interessa por tudo, mas por causa de suas dificuldades motoras, ele desloca-se, quase sempre, arrastando-se de nádegas. Um dia o assunto era "refeição" no grupo. A propósito da preparação da sopa, D. toma a palavra para afirmar que é necessário pegar um pedaço de papel e cortar a ponta em uma caçarola. A educadora compreende que isso é tudo o que D. pode perceber, quando sua mãe utiliza sopa em saquinho, sentado no chão, D. não vê nem mesmo o conteúdo do saquinho cair na caçarola".

Com esse exemplo, podemos avaliar como a percepção do que ocorre no dia a dia da criança P.C. é alterada em relação às situações reais.

Essas crianças passam a maior parte do tempo deitadas ou sentadas, onde o campo visual é limitado em função destas posturas. Normalmente as sensações visuais, táteis, vestibulares, olfativas, gustativas são pobres, não por uma deficiência orgânica mas pelo pouco uso e exploração destas vias, que contribuem para a formação da percepção global da criança.

Após fazermos esse levantamento de tantas limitações será possível encontrarmos possibilidades no âmbito da atividade lúdica para as crianças P.C.?

Esta resposta pode ser positiva na medida que ocorra uma mudança efetiva na nossa compreensão enquanto terapeuta e na dos pais da criança P.C., em entender que é o nosso objetivo final, a quem e por quem estamos trabalhando, e o que essas crianças esperam de nós. Talvez desejem apenas que brinquemos com ela.

Finnie (1980) observa que, "a brincadeira com o seu filho, não deve ser uma sessão de meia hora por dia, mas deve estar incluído numa rotina diária. Faça uso das coisas em torno de você".

Quando este autor nos coloca essa observação, fica claro que o contato dos pais com seus filhos, em casa, não deve ser a continuidade da terapia, mas sim sua participação efetiva na rotina diária, sendo aqui incluídas, atividades no quarto, na cozinha, no banheiro, em áreas de lazer como a garagem, quintal, enfim de uma maneira natural considerando a criança como um ser participativo.

Existem circunstâncias em que nem sempre é possível à mãe utilizar aquela técnica, ou postura, ou manuseio que foi orientada pelo terapeuta. Isso não deve ser visto de uma maneira a bloquear a ação da mãe ou pai ao lidar com seu filho. A questão do "ato intuitivo" dos pais, muitas vezes traz soluções, imediatas, pertinentes e que torna a criança feliz. Os pais devem acreditar em sua capacidade e entender que quem mais entende seus filhos são eles próprios.

Observamos uma criança P.C. brincando na sua casa e esse foi o quadro visualizado. L. com muito esforço tentava buscar seu brinquedos que estavam colocados em um cesto próximo do local

em que ela estava deitada. A cada tentativa, seus brinquedos eram jogados cada vez mais longe, impossibilitando que os trouxesse de volta. Esta situação fazia com que L. ficasse ansiosa e frustrada por suas tentativas e erros. Num dado momento, L. consegue através de gestos, solicitar que sua mãe sentasse próximo e brincasse com ela. Pelo simples fato de a mãe atender esse pedido, L. fica extremamente feliz e agora, com a ajuda de sua mãe, pode brincar melhor com os brinquedos desejados.

Nesta observação vários são os fatores a considerar: o local para brincar; a melhor postura a fim de facilitar a brincadeira; o tempo necessário para cada criança, para cada atividade; a comunicação estabelecida mãe-filha; qual o melhor brinquedo ou brincadeira e as adaptações necessárias.

Tanto como a criança normal, a criança com P.C. necessita de um "território pessoal" para brincar, seja ele em ambientes fechados ou em áreas externas. O local deve ser adequado de maneira a conter alguns elementos que facilitem o brincar da criança. Estes podem ser almofadas de diferentes tamanhos para posicionar melhor a criança, colchonete no chão, ou ainda acolchoados, tapetes, almofadões onde se sinta bem e relaxada para brincar.

Sheridan (1990) salienta que, deve ser incentivado o uso de equipamento comum de play-ground, ao ar livre, conquanto sejam tomadas precauções razoáveis de segurança e exista supervisão adequada. Crianças deficientes de todas as idades gostam de brincadeiras ativas incluídas nas suas atividades lúdicas.

Este tipo de brinquedo, pode ser instalado no quintal da casa ou a criança fazer uso das praças públicas, embora estas não tenham a mínima adaptabilidade.

As crianças gravemente afetadas não são capazes de utilizar independentemente, as balanças, gangorras, escorregadores, tanques de areia, piscina e outros. E nesse momento, a participação dos pais é necessária. Os pais devem participar juntos com a criança, acompanhando e balancando, por exemplo, com seu filho no colo. É preferível este modo de estimulação, a não deixar a criança vivenciar esta experiência.

Nas entrevistas que fizemos no domicílio das crianças, um fato interessante nos chamou atenção. Duas das três crianças que visitamos moram em casa térreas com relativa área interna e externa para brincar. Contudo, as atividades são mais centradas em brinquedos, em locais já pré-estabelecidos. A relação mantida com a comunidade (vizinhos) é restrita, havendo pouco convívio com outras crianças.

Já a terceira criança reside em um condomínio de apartamentos, onde o espaço interno do apartamento é pequeno, limitando o "território pessoal" desta criança. Mas, por outro lado, a área de lazer externa é grande, o que favorece a participação diária da criança no play-ground, nas quadras esportivas e, principalmente, o contato amistoso estabelecido com todas as crianças residentes no condomínio. A mãe relata que o convívio da criança, desde pequeno, junto a essa comunidade, facilitou sua integração.

Algumas posturas poderão ser utilizadas a fim de facilitar a brincadeira. A criança deitada de bruços talvez possa

apoiar-se sobre os antebraços, mas não terá então, a possibilidade de utilizar as duas mãos para a atividade de seu interesse. Neste caso, a mãe poderá posicioná-la para assistir televisão, ouvir música, fazer teatrinho de fantoches, ler estórias, mostrar albuns de fotografias.

Aufauvre (1987) observa que, quando deitados de costas, praticamente todos os jogos destinados a crianças pequenas, podem ser utilizados nessa posição; mas, na fase em que a criança começa a manipular e a relacionar os objetos, o simples fato de estar deitada limita a eficiência de seus gestos.

Neste caso, a posição de lado pode ser utilizada a fim de facilitar o encontro dos membros superiores na linha média para pegar ou manipular um brinquedo. Outra opção é utilizar os membros inferiores para atividades com bolas, boliches. Algumas crianças têm melhor movimentação com as pernas, portanto, preferem usá-las.

Aufauvre (1987) lembra ainda que, a criança, sentada ou em pé, mas sem possibilidade de locomoção, tem sua ação limitada até onde seus braços podem alcançar.

Neste estágio atingido pela criança, de poder sentar ou se manter em pé, mais ou menos independente, os interesses estão nos jogos, brinquedos mais elaborados e, principalmente, nas brincadeiras que utilizem movimentos corporais e com algumas regras simples, como exemplo, futebol, jogar boliche, derrubar garrafas, argolas no palhaço, brincar na rede, andar no "skate" adaptado, balanços, e outros.

Os brinquedos e brincadeiras poderão variar de acordo com o interesse, motivação, idade da criança, tipo de brinquedo, e sofrer algumas adaptações necessárias para o seu uso.

Os brinquedos industrializados não são fabricados para estas crianças em especial, mas não impede que sejam adaptados. Materiais como velcro, fitas pregadas em bonecas de pano para amarrar no dedo, ímãs, fixadores de objetos, argolas que possam estar presas nos brinquedos e serem introduzidas no braço da criança podem ser aproveitadas. Os pais, muitas vezes, criam, adaptam, transformam coisas que podem trazer muita satisfação à criança.

Mesmo que o brinquedo e a brincadeira sejam importantes para a atividade lúdica da criança, tem o seu tempo determinado pela criança. Os pais que brincam com seus filhos, percebem quando é hora de mudar. Um brinquedo ou brincadeira pode ser interessante por vinte ou trinta minutos, mas, as vezes, cinco minutos são suficientes para a criança não o desejar mais. Os pais devem aprender a fazer essa "leitura" da criança.

O terapeuta ocupacional é o profissional que muito poderá auxiliar os pais no brincar com seus filhos, tanto pela escolha dos brinquedos e brincadeiras, como para as adaptações necessárias.

Contudo, acredito que a técnica não substitui a intuição, a dedicação e o amor que os pais podem e devem ter por seus filhos.

CONCLUSÃO

A partir deste estudo sobre a função do brinquedo e da brincadeira para o desenvolvimento global da criança, podemos concluir que efetivamente este tem um valor fundamental em influenciar positivamente as aquisições das diversas áreas do desenvolvimento: motora, cognitiva e sócio-emocional.

O brinquedo e a brincadeira são recursos que podem e devem ser utilizados por pais e terapeutas. Através destas atividades, os pais terão maiores chances de conhecer as necessidades de seu filho, estabelecer uma forma de comunicação, descobrindo assim seus desejos e angústias, e facilitar a sua integração social.

O papel do terapeuta, não só do terapeuta ocupacional, é de extrema importância ao participar da vida destas crianças. Estes poderão auxiliar na escolha do brinquedo ou da brincadeira, da melhor postura, como manusear as crianças, ajudar na elaboração das adaptações e junto com os pais buscar soluções que facilitem a convivência social das crianças portadoras de Paralisia Cerebral.

Contudo acreditamos que se faz necessário um repensar dos terapeutas que propõem a lidar com essas crianças. Essas crianças têm limitações evidentes que as impedem de ter uma vida normal, mas nem por isso o seu desejo de brincar é diferente. Para elas, também o brinquedo e a brincadeira são elementos vitais para tornar suas vidas um pouco mais fácil de serem compreendi-

das. Uma abordagem técnica é necessária; cabe aos terapeutas dosá-la tanto na intensidade das respostas da criança, quanto no questionamento dos pais para a continuidade de um "ambiente terapêutico" em casa.

Várias são as adaptações que os terapeutas e pais podem criar, mas existe uma adaptabilidade que é própria da criança na tentativa de buscar uma forma que possibilite o ato de brincar. Devemos respeitá-las!!

Quanto ao tipo de brinquedo e brincadeira a ser utilizado por crianças P.C. graves, concluímos que o brinquedo enquanto um instrumento ou objeto, desperta não só interesse como frustrações pela própria incapacidade de pegar, manipular. As bonecas, por exemplo, existentes no mercado, só servem para serem observadas e idealizadas, porque pouco significam enquanto possibilidade de brincar.

As brincadeiras são mais aceitas, em função de que nela a criança grave não necessitará de movimentos tão elaborados para atingir um objetivo. Muitas vezes um simples tocar de pernas ou braços são suficientes para mover uma bola, ou derrubar um boliche, sentir a areia, brincar na água e outras inúmeras atividades. Aqui o brinquedo entra como um elemento integrante da brincadeira.

Não foi nosso objetivo trazer nesta monografia fórmulas ou receitas que possam solucionar definitivamente a questão do brincar para crianças portadoras de paralisia cerebral. No entanto, ao propormos a participação efetiva dos pais nesta relação filhos - brinquedo e brincadeira, acreditamos que estes pais mui-

to têm para contribuir na medida que trouxerem suas próprias experiências pessoais e culturais relativas ao brincar.

Caso isto seja verdade, e os pais aceitarem esta perspectiva de relacionamento com seus filhos, estarão criando melhores condições para uma vida mais integrada e humana tanto para seus filhos como para eles próprios.

BIBLIOGRAFIA

- AJURIAGUERRA, J. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro, livraria Masson e Atheneu, 952p.
- AMONACHVILI, Chalva. **Um impulso vital**. *O Correio da Unesco*, 14-17, julho, 1991.
- AUFAUVRE, Marie R. **Aprender a brincar aprender a viver**. São Paulo, editora manole, 1987, 356p.
- BOBATH, Karel. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral**. 2ed. São Paulo
- BRANDÃO, Juércio S. **Bases do tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral (ou dismotria cerebral ontogenética)**. São Paulo, Memnon editora, 1992, 104p.
- FINNIE, Nancie A. **O manuseio da criança com paralisia cerebral**. 2ª edição, São Paulo, editora Manole, 1980, 351p.
- MACHADO, Angelo. **Neuroanatomia funcional**. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1988, 292p.
- MARCELINO, Nelson C. **Pedagogia da animação**. Campinas, editora Papirus, 1990, 149p.
- OLIVEIRA, Paulo S. **O que é brinquedo**. 2ª edição, São Paulo, editora brasiliense, 1989, 74p.
- PIMENTA, Alindo C. **Sonhar, brincar, criar, interpretar**. São Paulo, editora Ática, 1986, 80p.
- REGEN, Mina. **A família e o portador de síndrome de Down - Temas sobre desenvolvimento**. São Paulo, nº9, 16-20, novembro-dezembro, 1992.

- SCHWARTZMAN, José S. **Paralisia Cerebral - Temas sobre desenvolvimento**. São Paulo, nº6, 3-5, maio-junho, 1992.
- SHERIDAN, Mary D. **Brincadeiras espontâneas na primeira infância**. São Paulo, editora Manole, 1990, 81p.
- TROMBLY, Catherine A. **Terapia Ocupacional para disfunção física**. 2 ed. São Paulo, Santos editora, 1989, 513p.
- VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**. São Paulo, editora Martins Fontes, 1989, 168p.
- WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, editora Imago, 1975.

A N E X O S

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

- Nome da criança
 - Data de nascimento; idade atual
 - Entrevistado
 - Data da entrevista
 - Diagnóstico
- a) Quando você considera que seu filho iniciou a brincar?
- b) Com quem era esse brincar?
- Mãe
 - Pai
 - Irmãos ou irmãs
 - Outros familiares
 - Outras crianças
 - Atualmente: sozinha; pais; irmãos; companheiros.
 - Jogos; animais; outras atividades; outros.
- c) Quais foram as primeiras preferências da criança (brinquedos, materiais, diversos, brincadeiras corporais, etc).
- d) Atualmente com que a sua criança brinca, e quais as suas preferências?
- Brincadeiras
- e) Quais são os locais utilizados para as atividades de brincar?
- f) Como você percebe que seu filho quer brincar? Quais os gestos, sinais, sons, etc...
- g) Quais as dificuldades encontradas por você (mãe ou pai) no ato de brincar com seu filho?

h) Você considera que a comunidade oferece recursos adequados quanto ao lazer para a criança portadora de deficiência física?

- Parques públicos
- Parques ou brinquedos eletrônicos
- Clubes
- Cinema
- Piscinas

ENTREVISTAS

Nome da criança: F.I.A. (Fernanda Ianoni Ayoub)

Data Nascimento: 16/03/87

Idade atual: 5 anos e 8 meses

Entrevistado: mãe

Data da entrevista: 13/11/92

Diagnóstico: Paralisia Cerebral (tetraparesia atetósica)

a) Quando você considera que seu filho iniciou a brincar?

R - Sempre se distraiu, nunca se interessou por brinquedos. A brincadeira que mais lhe agradava era com saquinhos de supermercado porque conseguia segurar com a mão.

b) Com quem era esse brincar?

R - Mãe: sempre o brincar foi com mãe

Pai: Com o pai, foi após aos 5 anos da criança, por também haver maior aceitação do problema da criança.

Irmãos ou irmãs: não tem

Outros familiares: O contato com os avós maternos e com uma tia avó eram e são constantes, e o brincar faz parte dessa relação.

Outras crianças: nunca ocorria brincadeiras com outras crianças.

Atualmente -sozinha:- brinca sozinha, mas não fica sozinha.

pais: mesma referência acima.

irmãos: a mãe está grávida 7 meses.

companheiros: com as crianças da clínica.

outros: brincou com as primas que vieram do Canadá passar um mês no Brasil. O relacionamento foi bom.

c) Quais foram as primeiras preferências da criança (brinquedos, materiais, diversos, brincadeiras corporais, etc)

R - Os brinquedos preferidos eram os saquinhos plásticos, caixas de sapatos, brinquedo que pudessem bater, que fizessem barulho (guisos), que fossem grandes. Não gostava de boneca e bichinhos, pela dificuldade de pegá-los.

d) Atualmente com que a sua criança brinca, e quais as suas preferências.

R - brinquedos sonoros, saquinhos de pano com soja, saquinhos plásticos, caixas, brinquedos que são adaptados e utilizados de maneiras diferentes da proposta inicial do brinquedo como por exemplo: argolas de encaixar no palhaço, onde nas argolas está adaptado uma mola que une as argolas, de maneira que possa ser encaixado no braço de Fernanda, impedindo que caia tão facilmente normalmente os brinquedos têm argolas ou ganchos que possibilitam Fernanda segurar. Gosta de bonecas para observá-las, mas não para brincar. Prefere se forem moles e de pano. Com bola se diverte ao ver os adultos brincarem, principalmente quando cai, rola, agacha, etc.

As bonecas do tipo Barbie, Lú patinadora acha linda, mas não consegue brincar

Brincadeiras: as brincadeiras são relacionadas com histórias de faz de conta que a mãe conta. Gosta muito de ouvir histórias e exige que a coloque como personagem da história como na

estória da cinderela, mostrando-se satisfeita quando é mudado o final da estória. Gosta também de estórias relacionadas com personagens da televisão com a : Xuxa, Família Dinossaurus, Simpson. A mãe cria estórias, colocando os artistas como personagens nas situações ocorridas na rotina da casa e que Fernanda participa passivamente junto com a mãe (lavar louça, lavar roupa).

Além disto gosta de olhar revistas, livros de estórias e tenta folhear as páginas, ou mesmo passar a mão ou braço sobre a figura, mesmo que com grande dificuldade para este ato.

Jogos: não utiliza jogos com regra (tipo dominó, dama) e nem jogos esportivos em casa.

Animais: não tem animal em casa.

Outras atividades: gosta muito de ouvir música e dançar. Escolhe o disco ou o CD que quer ouvir, solicitando através de gestos que a mãe ou pai coloque o som. Brinca com uma lousa, onde os pais escrevem para Fernanda, palavras referentes aos objetos, nome de pessoas, etc...

e) Quais são os locais utilizados para as atividades de brincar?

R - Os locais que utiliza para brincar é na sala (fica no chão sobre almofadas e colchonetes) na cozinha ou no quintal (sentada no carrinho), e também no seu quarto deitada na sua cama junto com a mãe.

f) Como você percebe que seu filho quer brincar? Quais os gestos, sinais, sons, etc...

R - F. olha para o local onde pode estar o brinquedo. Costuma usar movimentos de cabeça e de olhos para sinalizar o sim e o não. Faz gestos com os braços ou pernas quando não quer mais brincar ou resmungar.

g) Quais as dificuldades encontradas por você (mãe ou pai) no ato de brincar com seu filho?

R - As dificuldades são quanto à: ao tamanho da criança; a dependência motora grave que a criança tem; lidar com os comportamentos de birra, falta de brinquedos adaptados, a falta de local para brincar.

h) Você considera que a comunidade oferece recursos adequados quanto ao lazer para a criança portadora de deficiência física?

R - A comunidade não oferece nada, nenhum recurso. As áreas de lazer não são adaptadas à criança deficiente.

Parques públicos: os brinquedos não são adaptados, não é permitido a mãe balançar junto com a criança, e os brinquedos não permitem que a criança vá sózinha.

Parques ou brinquedos eletrônicos: o tamanho dos brinquedos não permitem que a criança entre nos mesmos.

Clubes: as barreiras como, o tipo de chão, os locais de serviços, não permitem o acesso das crianças principalmente quando usam carrinhos. Não existem trocadores, os estacionamentos ficam distantes dos locais de serviços.

Cinema: as cadeiras são inadequadas.

Piscinas: são muito geladas, principalmente quando os azulejos são brancos.

Ao expor a criança deficiente na comunidade, as outras pessoas reagem muito mal, ficam olhando, apontando, fazendo comentários inadequados, afastam as crianças "normais" de perto da criança deficiente.

Nome da criança: F. M. S.

Data de nascimento: 03/10/87 Idade atual: 5 anos

Entrevistado: mãe

Data da entrevista: 03/12/92

Diagnóstico: Paralisia Cerebral (tetraparesia espástica)

a) Quando você considera que seu filho iniciou o brincar?

R - Considera que F. começou a brincar com quase 4 anos e que anteriormente a essa idade apenas olhava o brinquedo e não conseguia chegar com seus braços até ele.

b) Com quem era esse brincar?

R - Com o pai e a mãe. Atualmente, além dos pais, brinca com um primo de 3 anos e com uma vizinha de 10 anos.

c) Quais foram as primeiras preferências da criança (brinquedos, materiais diversos, brincadeiras corporais, etc..)

R - Bola de pano, brinquedo de borracha moles. Quanto as brincadeiras eram e são mais corporais, F. gosta muito de ser beijada e acariaciada.

d) Atualmente com que sua criança brinca e quais as suas preferências?

Brinquedos: boneca de pano, palhaço, bichinhos de pelúcia, bola.

Brincadeiras: brincar de esconde-esconde; brincadeiras que mexem no seu corpo; gosta de passear com o pai pela casa, que mostra para F. os objetos e nomeia-os.

Jogos: não tem, e não faz uso deste tipo de atividade.

Animais: não tem animal em casa e F. tem muito medo de gato e cachorro.

Outras atividades: fazem passeios no parque taquaral; vão almoçar em restaurantes; ao shopping center e a festas de aniversário.

e) Quais são os locais utilizados pela criança para brincar.

R - na sala, na cozinha e no quarto. Não fica sózinha nos locais para brincar.

f) Como você percebe que seu filho quer brincar? Quais gestos, palavras, sinais, sons são usados?

R - Fica emitindo sons ou se jogando com o corpo em direção ao brinquedo desejado.

g) Quais as dificuldades encontradas por você (mãe ou pai) no ato de brincar com seu filho?

R - os movimentos bruscos e a agitação de F. atrapalha para brincar. Quanto mais brinquedos diferentes e novos expostos para F. maior é a agitação. A mãe não troca muito os brinquedos por esta razão.

h) Você considera que a comunidade oferece recursos adequados quanto ao lazer para a criança deficiente física?

R - Não oferece nada. Sente dificuldade em relação às outras pessoas que olham e comentam sobre a criança. Não frequenta parques, praças públicas, etc...

Nome da criança: I. M. C.

Data do nascimento: 26/09/84 Idade atual: 8 anos

Entrevistado: mãe e pai

Data da entrevista: 27/11/98

Diagnóstico: Paralisia Cerebral (tetraparesia espástica)

a) Quando você considera que seu filho iniciou o brincar?

R - A mãe considera que foi após os 3 anos que I. começou a brincar, picando papel e com chocalho. Diz que isso ocorreu após o tratamento na câmara hiperbárica.

b) Com quem era esse brincar?

R - Brincava com os irmãos principalmente com o irmão gêmeo V. e também com os pais.

Atualmente: continua brincando muito com os irmãos, mas I. sente falta do irmão que sai para brincar com outros amigos, para ir à piscina. O pai participa nas brincadeiras de I. levando-o para brincar na área de lazer do condomínio.

c) Quais foram as primeiras preferências da criança (brinquedos, materiais diversos, brincadeiras corporais, etc...)

R - Brincadeiras no chão, gostava de picar papel, arrastar no chão seus carrinhos. Gostava também de morder e puxar cabelo.

d) Atualmente com que a sua criança brinca, e quais as suas preferências.

Brinquedo: carrinhos, bichos que emitem som, telefone (segura e coloca na orelha), bola, cachorrinho.

Brincadeiras: brincar de pega-pega com os irmãos, de esconde-esconde onde I. é o escondido.

Gosta de rasgar papel, pede papel e caneta para escrever, quer brincar de escolinha.

Jogo: pede para ir na quadra do condomínio jogar bola com os outros meninos. Não tem jogos pedagógicos, e jogos com regras. Outras atividades: gosta de dançar, de ir na piscina, no clube e brincar de mergulhar. Gosta muito do mar.

Animais: gosta de cachorro, mas não tem animais em casa.

e) Quais são os locais utilizados para as atividades de brincar?

R - Os locais que utiliza para brincar é na sala, no quarto e no banheiro. Utiliza muito a área de lazer do condomínio, brincando no parque, na quadra e no jardim.

f) Como você percebe que seu filho quer brincar? Quais os gestos, sinais, sons, etc...

R - I. fala e pede para brincar. Chora quando não consegue acompanhar as crianças. Normalmente utiliza a fala para comunicar o que deseja.

g) Quais as dificuldade encontradas por você (mãe ou pai) no ato de brincar com seu filho?

R - A dificuldade está nas mãos de I. que não consegue pegar bem os brinquedos. Não tem brinquedos adaptados. Gosta de ver os brinquedos de corda (outros fazendo por ele). Nas atividades da vida diária é a mãe quem faz tudo por ele. O não andar sozinho também é uma dificuldade porque não consegue acompanhar o irmão. A mãe relata que I. começa sentir suas barreiras, embora esteja bem integrado no condomínio.