

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA - FEF

VALÉRIA RIBEIRO DE SOUZA FIORIN

Brincando no Hospital: Contribuições da Educação Física através do desenvolvimento de atividades para crianças com Disfunção Neuromotora

Campinas
2006



1290003234

VALÉRIA RIBEIRO DE SOUZA FIORIN

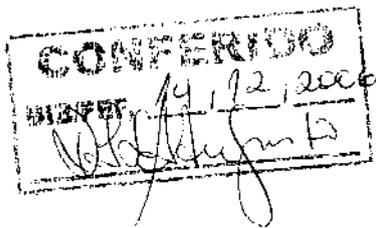
Brincando no Hospital: Contribuições da Educação Física através do desenvolvimento de atividades para crianças com Disfunção Neuromotora

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Licenciado em Educação Física

EDISON DUARTE

Orientador

Campinas
2006



UNIDADE	FEF/1163
Nº MARCA:	TCC(UM&Artes)
	F513b
V	Ex
INFORM. B0/	32.24
PROJ	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
VALOR	1,00
DATA	30/03/07
Nº OPD	406011
	200713360

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF – UNICAMP

F513b Fiorin, Valeria Ribeiro de Souza.
Brincando no hospital: contribuições da educação física através do desenvolvimento de atividades para crianças com disfunção neuromotora / Valeria Ribeiro de Souza Fiorin. – Campinas, SP: [s.n], 2006.

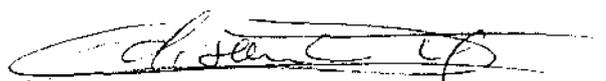
Orientador: Edison Duarte.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Doenças neuromusculares. 2. Brincar. 3. Recreação. 4. Crianças – Assistência hospitalar. I. Duarte, Edison. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

VALÉRIA RIBEIRO DE SOUZA FIORIN

Brincando no Hospital: Contribuições da Educação Física através do desenvolvimento de atividades para crianças com Disfunção Neuromotora

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) defendido por Valéria Ribeiro de Souza Fiorin e aprovado pela Comissão julgadora em: ____/____/____.



**Edison Duarte
Orientador**

**Josiane Fujisawa Filus
Membro da Banca**

Campinas
2006

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as crianças e seus familiares, que me ensinaram a dar mais valor a vida, mostrando a força interior que as ajudava a enfrentar todas as dificuldades com muito amor carinho e respeito.

Agradecimentos

Agradeço aos meus familiares que sempre me apoiaram e me ajudaram, em especial a minha mãe que apesar de todas as dificuldades sempre batalhou para que eu pudesse realizar os meus sonhos.

Agradeço a minha querida amiga Celina, por me apoiar e me ouvir em todas as horas difíceis, por ter paciência e me ajudar na construção desse trabalho. Por sempre estar ao meu lado e nunca desistir, apesar de todas as dificuldades que enfrentamos juntas no hospital.

Agradeço a prof. Dra. Carmem Lúcia Soares, por me ouvir e dar credibilidade ao meu trabalho.

Agradeço ao meu marido pela paciência, dedicação e principalmente pela compreensão e ajuda para que eu pudesse chegar ao final da graduação.

Agradeço aos meus avós por sempre orarem por mim.

Agradeço aos meus tios Cláudio e Alzira, por confiarem em mim me ajudando a entrar nesta faculdade.

Agradeço ao prof. Dr. Edison Duarte, por acreditar em mim e continuar acreditando no meu sonho em tornar a Recreação Terapêutica uma realidade nos hospitais.

FIORIN, Valéria Ribeiro de Souza. **Brincando no Hospital: Contribuições da Educação Física através do desenvolvimento de atividades para crianças com Disfunção Neuromotora**. 2006. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

RESUMO

O ambiente hospitalar pode trazer prejuízos ao desenvolvimento infantil quando se torna rotina na vida da criança desde seu nascimento. Podemos citar como fatores prejudiciais mais significativos: a hostilidade do local, as intervenções médicas e terapêuticas, a própria rotina, o afastamento do convívio familiar e a imposição técnico-científica sobre o saber infantil. As crianças com Disfunção Neuromotora (DN), enfrentam essa rotina por apresentarem um quadro clínico que necessita de cuidados especiais. O brincar sendo considerado uma necessidade da criança dentro de seu desenvolvimento foi inserido nesse ambiente como um recurso para minimizar esses fatores, por meio da criação de um espaço de atividades e sua adaptação de acordo com as necessidades apresentadas pelas crianças, para que pudessem vivenciar brincadeiras no ambiente hospitalar. A presente pesquisa teve por objetivo analisar possíveis mudanças de comportamento ocorridas nas crianças, após as atividades lúdicas, através da percepção de seus responsáveis. Na pesquisa de cunho qualitativo, utilizamos um questionário aplicado a seis responsáveis, que assiduamente acompanhavam seus filhos ao hospital. Os dados obtidos foram analisados a partir da teoria ecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2002). Os resultados constataram alteração no comportamento das crianças, relacionada ao ambiente hospitalar, na sua relação com o brincar e na relação entre “mãe-filho”. Com este estudo fizemos uma avaliação da contribuição da brincadeira, inserida em outro contexto, para o desenvolvimento infantil de crianças com DN, ampliando dessa forma a área de atuação do profissional de Educação Física, sob uma nova perspectiva dentro do ambiente hospitalar.

Palavras-Chave: Doenças neuromusculares; Brincar; Recreação; Crianças

FIORIN, Valéria Ribeiro de Souza. **Playing in the Hospital: Contributions of the Physical Education through the development of activities for children with Disfunção Neuromotora**. 2006. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006

ABSTRACT

Hospitals environment can bring damages to the infantile development when routine in the life of the child becomes since its birth. We can cite the most significant harmful factors: places's hostility, medical and therapeutical interventions, routine, the removal of the familiar conviviality and the technician-scientific imposition on infantile knowing. The children with Disfunção Neuromotora (DN), have a routine that needs special cares. Playing is being considered a children necessity to develop themselves and it was inserted in them environment as a resource to minimize these factors. A space of activities was created according to necessities presented for the children where they could live deeply tricks in the hospital environment. The goal of the research was analyze changes possibilities occurred after the playful activities, through the perception of its responsible ones. Through the research, we applied a questionnaire for six people, that assiduamente their children in the hospital. The data had been analyzed from the ecological theory of the human development (Bronfenbrenner, 2002). The results had evidenced alteration in the behavior of the children related to the hospital environment, and also, in the relation between "mother-son". The research made an evaluation of contribution that playing when inserted in another context can help the development of children with DN, extending the area for Physical Education professionals, under a new perspective inside of the hospital environment.

Keywords: Neuromuscular Diseases; To play; Recreation; Children

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fotos das atividades realizadas

Fotos 1 – 2	Cobra-cega	pg. 62
Fotos 3 – 4	Amarelinha	pg. 62
Foto 5	Bastão escorregadio	pg. 63
Foto 6	Patins	pg. 63
Foto 7	Batata-quente	pg. 63
Foto 8	Festa Junina	pg. 63
Foto 9	Festa do dia das crianças	pg. 64
Foto 10	Pegar com arco	pg. 64
Fotos 11 – 12	Boliche	pg. 64
Foto 13	Fantoches	pg. 65
Foto 14	Casinha	pg. 65
Fotos 15 – 16	Skate	pg. 65
Fotos 17 – 18	Pintura	pg. 66
Fotos 19 – 20	Cabo-de-guerra	pg. 66

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEI	Amiotrofia Espinhal Infantil
AM	Atividade Molar
DN	Disfunção Neuromotora
E.F.	Educação Física
FEF	Faculdade de Educação Física
PC	Paralisia Cerebral
HC	Hospital das Clínicas
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

1. Introdução	12
2. Disfunção Neuromotora	13
2.1 Paralisia Cerebral	16
2.2 Amiotrofia Espinhal Infantil.....	19
3. Ambiente hospitalar e a criança	21
3.1 O ambiente a partir da teoria de Bronfenbrenner.....	21
3.2 A criança e o novo contexto.....	26
3.3 O caminhar terapêutico.....	27
4. O papel do profissional de Educação Física	31
5. O brincar e a criança	36
5.1 O significado do brincar.....	38
5.2 O brincar e a Disfunção Neuromotora.....	40
6. Objetivos	43
6.1 Objetivo geral.....	43
6.2 Objetivos específicos.....	43
7. Justificativa	44
8. Metodologia	45
9. Análise de Dados	49
10. Considerações Finais	53
Referências Bibliográficas	56
Anexos	58

1 Introdução

O processo de desenvolvimento orgânico é comum a todo ser humano. Apesar de possuímos características que nos diferem, existem aquelas que são semelhantes no processo de maturação. O reflexo de sugar, o movimento dos olhos, o mecanismo postural que se inicia com o endireitamento do pescoço, são padrões de movimento que fazem parte do desenvolvimento independente da cultura a que pertencemos. Esses padrões de maturação são utilizados para diagnosticar possíveis patologias no sistema nervoso do lactante. Desde a vida intrauterina do bebê, ele já se movimenta, e esta capacidade é importante para que o processo de desenvolvimento ocorra normalmente. O movimento do bebê tem como finalidade o início da comunicação e expressão, através, por exemplo, do sugar, do tocar seu corpo, do chorar. Através dele a criança irá se descobrir e estabelecer uma nova relação com o mundo a sua volta dando continuidade ao processo de desenvolvimento (BOBATH, 1990).

Quando a criança apresenta problemas decorrentes de lesões no sistema nervoso, suas necessidades irão se diferenciar de uma criança com o desenvolvimento normal, pois sua dificuldade motora poderá afetar o desenvolvimento de outras capacidades. Toda criança precisa do amparo de um adulto, pois é frágil e possui necessidades básicas para seu desenvolvimento, no caso da criança com Disfunção Neuromotora (DN), essas necessidades possuem algumas características diferenciadas. Independente da lesão, a criança irá necessitar de amparo terapêutico, social, entre outros, para que possa levar uma vida normal como toda criança.

O olhar diferenciado para essas crianças não significa uma forma de exclusão, mas sim uma forma de incluí-las na sociedade de acordo com suas necessidades. Essas necessidades vão além de seus limites físicos, pois os contextos ambientais que fazem parte de sua rotina são fatores influenciadores em seu processo de desenvolvimento e necessitam ser investigados para que possam contribuir positivamente neste processo.

2 Disfunção Neuromotora

A DN, de acordo com Gesell e Amatruda (2002), é definida como uma redução ou desorganização do desempenho motor, originados por uma doença ou lesão que afeta o sistema nervoso. Na DN há uma perda ou comprometimento dos receptores (visão, audição, tato e propriocepção) e efetores (movimento e fala) ocasionando falhas na aquisição de experiências e na geração de respostas, comprometendo dessa forma o desenvolvimento infantil. As crianças com DN, apesar das dificuldades na aprendizagem, podem gerar respostas de acordo com a idade, mas terão que passar por um processo diferenciado, sendo ele mais dificultoso para a criança.

Fazendo uma comparação com o adulto, este quando perde uma capacidade motora, como exemplo o caminhar, não elimina as experiências já adquiridas que passou durante o processo de aprendizagem dessa habilidade. Para o bebê, como se encontra em processo de desenvolvimento, qualquer incapacidade motora que apresente o impedirá de adquirir determinadas experiências, comprometendo outras funções no processo de aprendizagem. O tempo para adquirir aptidões, neste caso, será maior, passará por mais dificuldades, não apresentando o mesmo resultado organizacional, de um bebê "normal", pois mesmo quando a disfunção não é grave há um retardamento no processo de aprendizado (GESELL, AMATRUDA, 2002).

Toda patologia do sistema nervoso geralmente é de difícil diagnóstico localizado, ela geralmente é difusa, ou seja, afeta outras funções e o intelecto. Muitas vezes também, se torna difícil diferenciar entre a falta de maturidade e compreensão por problemas no intelecto ou por falha na função motora, podendo estes estar associados desde o nascimento. Essa dificuldade de diferenciação poderá afetar sua vida do processo de terapia até o ensino-aprendizagem, não desenvolvendo dessa forma todas as capacidades que possui. O sistema nervoso é o sistema mais complexo do organismo humano, por isso se torna comum essas dificuldades no diagnóstico inicial, por isso, para qualquer profissional que trabalhe com esse grupo são

necessários muita atenção e repetição de exames para se chegar no resultado correto (GESELL, AMATRUDA, 2002).

As crianças com DN necessitam em todas as tarefas que desempenham ou são submetidas de assistência, oportunidades e incentivos, para que não sejam ocultadas suas capacidades, permitindo que haja um desenvolvimento utilizando todos os seus recursos possíveis.

Existem graus variados de DN a seguir apresentaremos suas definições de acordo com Gesell e Amatruda (2002):

- a. **Nenhum sinal neuromotor anormal** – O comportamento motor grosseiro e delicado são apropriados para idade. O quadro geral é bem integrado, mas o bebê pode apresentar padrões anormais ocasionais ou oscilantes. Quando existe a deficiência mental, o comportamento motor é adequado para o nível de maturidade.
- b. **Sinais neuromotores anormais sem maior significado clínico** – Apesar de apresentarem algum padrão anormal, isto não interfere no desempenho total, sendo os sinais insuficientes para se considerar fora da faixa de normalidade. Quando existe a deficiência mental, esta é utilizada como critério para se avaliar o comportamento motor.
- c. **Sinais neuromotores anormais de pequeno grau** – Neste caso apresentam um aumento e gravidade nas distorções de integração motora, ocasionando atraso no desenvolvimento motor. Apresentam freqüentemente distúrbios de atenção, personalidade e integração, sendo inseridos no grupo de *Disfunção Cerebral Mínima*. Quando apresentam deficiência mental, não se enquadram neste grupo, pois a deficiência mental é prova de patologia no sistema nervoso central. Não é detectada nenhuma anormalidade, quando se utiliza o exame neurológico padrão, sendo somente demonstrável através da avaliação no desenvolvimento.

- d. **Sinais neuromotores anormais em grau acentuado** – Apresentam padrões anormais mais graves e acentuados do que nas classificações anteriores. Independente do potencial intelectual, existe uma diferença significativa entre os níveis de maturidade motora e adaptativa. Na idade escolar, as anormalidades se evidenciam na avaliação de desenvolvimento e podem ser classificados como tendo disfunção cerebral mínima, se possuírem o intelecto normal. Em alguns casos os sinais anormais são precursores de várias doenças degenerativas do sistema nervoso central.
- e. **Sinais neuromotores anormais em grau grave** – Apresentam mudanças qualitativas no controle do movimento, podendo apresentar lesões na medula espinhal, nas raízes nervosas ou nos músculos, ou doenças degenerativas hereditárias ou não hereditárias. A maioria sofre de lesão ou traumatismo cerebral estático e não progressivo, adquiridos antes dos 8-9 anos de idade. O termo “paralisia cerebral” é aplicado ao grupo resultante de tais lesões, seu diagnóstico é feito independente do diagnóstico intelectual do bebê. Apresentam o ritmo do desenvolvimento motor quase sempre atrasados, diferentemente dos hemiplégicos, que geralmente apresentam o comportamento motor apropriado com a idade. O diagnóstico neuromotor apresenta implicações prognósticas para o tratamento e manutenção da função intelectual do bebê.

Abaixo serão descritos os casos de DN apresentados pelas crianças neste estudo, sendo estes classificados na metodologia.

2.1 Paralisia Cerebral

Definição

A Paralisia Cerebral (PC) pode ser definida como uma lesão não hereditária e não progressiva que pode ocorrer no momento pré-natal, peri-natal ou pós-natal, causando uma desordem do movimento e da postura com incapacidade de realizar movimentos voluntários (DIAMENT, CYPEL, 1996).

Para Bobath (1990) a lesão muitas vezes se associa a problemas nos órgãos sensoriais (fala, audição e visão), podendo ou não ter retardo mental e/ou epilepsia de graus variados.

São várias as causas que levam a criança a ter PC, as mais comuns são:

Período Pré-Natal – alterações genéticas; hemorragias com ameaça de aborto; desprendimento pré-maturo da placenta; infecções como rubéola e toxoplasmose; diabetes; desnutrição; medicamentos; drogas entre outros.

Período Peri-Natal – asfixia no momento do parto; prematuridade; baixo peso; icterícia grave; infecção pelo canal do parto.

Período Pós-Natal – meningocéfalites bacterianas e virais; traumatismos do crânio; desnutrição; processos vasculares; síndromes epilépticas; entre outros (DIAMENT, CYPEL, 1996).

Tipos Clínicos de PC

Criança espástica

Sua característica é a presença de hipertonia constante, ou seja, alto grau de tensão em grupos musculares mesmo em repouso, variando o grau de acordo com a criança. Os movimentos são restritos na amplitude, exigindo dessa forma muito esforço (BOBATH, 1990).

Quadriplegia espástica

A criança apresenta uma hipertonia de caráter permanente, com envolvimento de todo corpo. O controle da cabeça é deficiente e apresenta dificuldade em se alimentar. Desde o nascimento podem-se observar as manifestações clínicas, com acentuação do quadro durante o crescimento (DIAMENT, CYPEL, 1996).

A criança apresenta incapacidade em retificar a cabeça, equilibrar-se e mexer membros superiores. Possui uma retração dos ombros que impede o tronco de seguir a cabeça no momento de rotação, não sendo capaz de virar da posição supina para qualquer outra, portanto seu eixo de rotação do corpo não existe. A falta de rotação e o aumento da espasticidade extensora, ocasionada pelo tato e pressão dos glúteos contra o apoio, anulam o movimento para se sentar (BOBATH, 1990).

Diplegia espástica

O diagnóstico é demorado, sendo o quadro mais visível no segundo semestre de vida do bebê, que irá apresentar dificuldade em sentar ou permanecer nesta posição. Os distúrbios motores e de tônus predominam nos membros inferiores, sendo os superiores pouco afetados (BOBATH, 1990).

Hemiplegia espástica

O quadro se caracteriza pela paralisia de um dos lados do corpo, se tornando mais visível por volta de quatro a cinco meses. Apresenta problemas de equilíbrio do tronco, tendo quedas para o lado afetado. Essa falta de equilíbrio associado ao medo aumentará sua espasticidade. A criança usa normalmente o lado sadio para se orientar e seu freqüente uso tornará as reações de retificação e equilíbrio hiperativas (DIAMENT, CYPEL, 1996).

Ataxia

O diagnóstico no início é complicado, devido à presença de hipotonia ser difícil de se reconhecer no bebê em suas primeiras semanas de vida. O quadro se caracteriza pela incoordenação estática e cinética (DIAMENT, CYPEL, 1996).

Apresenta distúrbios de inervação recíproca e ausência de co-contração associada ao tônus postural baixo, tornando seus movimentos espasmódicos e incontrolados. O controle de tronco e cabeça é fraco, sua posição sentada é instável e os movimentos com as mãos para a manipulação de objetos são desajeitados (BOBATH, 1990).

Atetose

Apresentam distúrbio de inervação recíproca e co-contração proximal, resultando em um tônus postural instável e flutuante, sem habilidade de estabilizar uma postura, interferindo no desempenho das habilidades manuais. Para coordenar um movimento intencional os movimentos involuntários são reforçados. Possui um excesso anormal de atividade motora chamada de hipercinesia, que se acentua gradativamente piorando a deficiência motora (DIAMENT, CYPEL, 1996).

Hipotonia

Possui caráter transitório, tônus postural flutuante característico do grupo atetóide ou hipertonia espástica. A criança mostra pouco ou nenhum desconforto em posições normalmente desconfortáveis, devido a pouca resistência que possui ao estiramento passivo dos músculos (BOBATH, 1990).

2.2 Amiotrofia Espinhal Infantil

As informações descritas abaixo foram todas retiradas dos autores Diament e Cypel (1996).

Definição

A Amiotrofia Espinhal Infantil (AEI) pode ser classificada como a segunda forma mais freqüente de doença neuromuscular da infância, sendo sua incidência de 1: 25000 nascimentos. A doença é definida como:

[...] doença degenerativa dos motoneurônios do corno anterior da medula espinal e dos núcleos motores de alguns nervos cranianos, de herança autossômica recessiva, embora possa ocorrer, mais raramente, herança autossômica dominante e recessiva ligada ao sexo (DIAMENT, CYPEL, 1996, p.1141).

A forma mais freqüente da AEI é a de herança autossômica recessiva, constituindo-se de alelos formados por diferentes mutações do mesmo gene, sendo o seu tipo clínico denominado de Amiotrofia Espinhal Proximal. Deste tipo clínico originam-se três subtipos, sendo estes:

- **Tipo 1** – Este tipo clínico é o mais severo, sendo a maioria de herança autossômica recessiva, podendo ser denominado de Werdning-Hoff.
- **Tipo 2** – Forma intermediária, sua herança é sempre autossômica recessiva.
- **Tipo 3** – Forma juvenil moderada, sendo a maioria com herança autossômica recessiva, podendo também ser denominado de Wohlfart-Kugelberg-Welander.

O tipo clássico mais grave é o tipo 1, iniciando-se até os dois primeiros meses de vida, ocorrendo óbito nos dois anos seguintes.

O tipo clínico 3 é o mais benigno, iniciando-se entre 3 anos e a idade adulta. Causa comprometimento lento da musculatura proximal, cintura pélvica e cintura escapular, podendo ser confundido com a Distrofia Muscular Progressiva. Na adolescência pode progredir rapidamente levando a invalidez na idade adulta, mas também pode ser muito branda, apresentando o indivíduo uma vida normal.

O tipo clínico 2 é considerado freqüente, iniciando-se entre seis a 12 meses de idade, ocasionando hipotonia e debilidade muscular dos membros inferiores. A criança não consegue andar, mas preserva a habilidade de sentar. O processo da doença é lento, pois perto da adolescência surgem deformidades esqueléticas e contraturas musculares. Os membros superiores e a musculatura intercostal são comprometidos, podendo agravar-se durante os anos. Apresentam tremores irregulares, que pode ser facilmente visto na hiperextensão das mãos e dedos. O seu prognóstico é pior que o do tipo 3, devido à incapacidade de deambulação entre 10 a 14 anos.

Embora existam classificações já bem definidas é possível haver sobreposição entre os tipos clínicos 2 e 3, tornando difícil a classificação no diagnóstico.

Em geral a AEI ocasiona perda neuronal nos cornos anteriores, em variados níveis da medula espinhal e nos núcleos motores hipoglosso, ambíguo e facial. As raízes anteriores mostram perda seletiva de fibras mielinizadas grossas e suas raízes anteriores são atroficas. Podem mostrar alterações nos gânglios espinhais, raízes posteriores, colunas dorsais e no tálamo, mas sem repercussão clínica.

O tratamento é considerado paliativo com medidas de suporte nas áreas clínica, fisioterápica e psicossocial, visando o retardamento máximo do aparecimento de retrações fibrotendíneas, deformidades esqueléticas e complicações respiratórias.

3 Ambiente hospitalar e a criança

3.1 O ambiente a partir da teoria de Bronfenbrenner

Para falarmos sobre ambiente, fundamentaremos nossa pesquisa a partir do conceito de Bronfenbrenner (2002) sobre a *ecologia do desenvolvimento humano*. Serão abordados neste tópico os principais conceitos que nos deram embasamento para o desenvolvimento da pesquisa. Todo o texto abaixo será baseado na obra deste autor.

Para Bronfenbrenner (2002, p.5) o desenvolvimento humano é definido como “[...] uma mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente.”, o ambiente será responsável diretamente pelo desenvolvimento através da interação entre indivíduo-ambiente. Dessa interação o principal fator desenvolvente será a forma como o indivíduo entende o ambiente, surgindo às relações e interações que influenciarão no desenvolvimento.

Os ambientes que são responsáveis pelo desenvolvimento vão além do ambiente imediato vivenciado pelo indivíduo, como por exemplo, a casa, escritório, parque ou escola, existem outros níveis de relações indivíduo-ambiente onde a pessoa não participa dos eventos que nele ocorrem. Dessa forma os ambientes são organizados em sistemas, se encaixando como estruturas concêntricas cada uma contida na seguinte formando uma rede de conexões. Esse sistema ecológico é formado por estruturas denominadas: microssistema, mesossistema, exossistema e o macrosistema, que serão definidos a seguir.

Microssistema

Ambiente vivenciado diretamente pelo indivíduo, sendo constituído dos seguintes elementos: *atividade, papel e relação*, possuindo características físicas e materiais específicas.

❖ Atividade Molar

É definida como “[...] um comportamento continuado que possui um momento próprio e é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente” (BRONFENBRENNER, 2002, p.37).

Ela é considerada o principal elemento do microssistema que influencia diretamente o indivíduo no seu desenvolvimento. As duas principais propriedades da atividade molar (AM) são o processo contínuo, que se diferencia de atos instantâneos e sua intenção ou objetivo, que possibilita a persistência na atividade criando um motivo para sua finalização.

A AM varia em grau e complexidade e essa variação ocorrerá de acordo com a percepção do indivíduo sobre o ambiente. Na criança ela será um elemento indicador do nível de desenvolvimento infantil, pois quanto maior o grau de complexidade nas atividades, maior é o entendimento da criança em relação ao ambiente vivenciado. Existem alguns elementos subjetivos que expressam o grau de complexidade da AM, esses elementos são a perspectiva temporal, a estrutura de objetivo, a extensão em que se invocam objetos e as relações.

Perspectiva temporal – visão que o indivíduo tem da atividade no presente, passado ou futuro. Sua ação se ligará a fatos que ocorreram, que podem ocorrer ou que estão ocorrendo.

Estrutura de objetivo – o caminho do objetivo na atividade pode ser direto, tendo uma consequência imediata ou seguir passos que o levarão a um resultado que necessita de planejamento, como por exemplo, a preparação para uma festa de casamento.

A extensão em que se invocam os objetos, pessoas e eventos – esse elemento irá refletir uma expansão da vivência ecológica do indivíduo, ou seja, outros sistemas irão se conectar ao ambiente imediato. Um exemplo simples desse fenômeno

é a reprodução ou lembrança de alguma brincadeira vivenciada pela criança em outro local. A esse fenômeno chamamos de “mesossistema mental”.

Relações com outras pessoas – o número de relações elevam o grau de complexidade das atividades. No início do desenvolvimento infantil as atividades tendem a ser diádicas (entre duas pessoas), de acordo com o desenvolvimento aumentam gradativamente. As relações exercem um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo para que outras estruturas sejam formadas dentro do ambiente.

[...] O desenvolvimento da criança é uma função do alcance e da complexidade das atividades molares realizadas pelas outras pessoas que se tornam parte do campo psicológico da criança, ou por envolvê-la numa participação conjunta ou por atrair a sua atenção (BRONFENBRENNER, 2002, p.39).

❖ Relações

As relações irão existir a partir do momento em que uma pessoa se interessa pela atividade do outro, ou dela participa. Essas relações estabelecidas são chamadas de relações diádicas, aumentando de acordo com a complexidade das relações. Para a formação de uma relação diádica as duas pessoas precisam se interessar pela atividade uma da outra. Sua importância no sistema se define pelo contexto crítico que propicia e pela possibilidade que dá para a formação de estruturas interpessoais maiores como a tríade (três pessoas), tétrades = N+2, etc.

A diáde é composta por três formas:

Diáde observacional: uma das pessoas presta atenção a atividade da outra e esta reconhece o interesse demonstrado.

Diáde de atividade conjunta: as duas pessoas interagem fazendo determinadas atividades que se complementam, podendo ser realizadas em conjunto ou separadamente. Na atividade conjunta ela pode ter as seguintes características:

a) Reciprocidade: as atividades que ambas as pessoas realizam influenciam mutuamente ambos.

b) Equilíbrio de poder: sempre um dos participantes das atividades será mais influente que o outro e esta influência pode ser alterada constantemente.

c) Relação afetiva: nas interações diádicas de acordo com a complexidade dessas, surgirão sentimentos positivos, negativos, ambivalentes ou assimétricos. Se forem positivos e recíprocas aumenta a probabilidade de ocorrência de processos desenvolvimentais.

Díade primária: interação que não deixa de existir entre duas pessoas, mesmo quando não estão próximas, como por exemplo, a relação mãe e filho. A influência entre ambos permanece mesmo na separação.

As mudanças desenvolvimentais provocadas pelas díades influenciam em ambas as direções, se uma das partes sofre alteração, provavelmente a outra também sofrerá. Os três tipos de díades caracterizadas podem ocorrer simultaneamente ou separadamente, mas não podem ser consideradas isoladas.

❖ Papéis

O papel determina a posição que o indivíduo ocupa na sociedade. Ele determinará uma série de atividades e relações na vida do indivíduo que são esperadas pelas outras pessoas. Em toda cultura os papéis irão rotular a posição social que a pessoa vivenciará, para isso são utilizados parâmetros que irão defini-los como a idade, sexo, parentesco, entre outros.

Apesar do papel ser um elemento do microsistema, ele tem sua origem no macrosistema, pois através das estruturas institucionais são utilizados como uma forma de influenciar o comportamento da sociedade, caminhando de acordo com seus objetivos.

Mesossistema

Formado por dois ou mais ambientes que se inter-relacionam, no qual o indivíduo participa ativamente. Pode ser definido como um sistema de microsistemas, que é ampliado sempre que a pessoa desenvolve entra em um novo ambiente.

Exossistema

Constituído por um ou mais ambientes, no qual a pessoa em desenvolvimento não participa ativamente e que afeta ou é afetado pelo ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento.

Macrossistema

É formado pelos sistemas de ordem inferior (microsistema, mesossistema e exossistema) existente ou que ainda serão formados, juntamente com suas crenças e ideologias.

Dentro desse sistema de ambientes existe um fenômeno denominado de transição ecológica, que acontece constantemente, sendo um produto e um produtor da mudança desenvolvimental. Durante toda a vida, o indivíduo passa por várias transições, como por exemplo, a entrada na escola, mudança de local, casamento, novos empregos, filhos, entre outros. O ser humano está constantemente se adaptando as novas situações que surgem ao longo da vida, e a transição ecológica, significa o processo de acomodação entre o organismo e seu sistema de ambientes.

“Ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente, ou ambos” (BRONFENBRENNER, 2002, p.22).

3.2 A criança e o novo contexto

O início do cotidiano hospitalar causa sofrimento para a criança e para a família, mas também significa uma chance de melhora do estado clínico para ambos (BATISTA, 2003).

Segundo Batista (2003) o período de internação no hospital para a criança pode ser perturbador, pois constantes questionamentos a atormentam o tempo todo, como o lugar onde ela está, as pessoas estranhas ao seu redor, a intervenção constante de profissionais da saúde, o afastamento de seu ambiente.

As crianças com DN desde o seu nascimento possuem uma rotina hospitalar de internações, consultas e terapias que são necessárias e podem se prolongar com maior ou menor intensidade para o resto da vida. Essa rotina envolve inúmeros fatores ambientais, psicológicos, entre outros, que devem ser tornar significativos pelos profissionais que fazem parte deste processo para que não prejudique o seu desenvolvimento.

A criança que vive o contexto hospitalar, o vive por imposição, ela não possui outra alternativa, portanto a melhor maneira de atendê-la é ouvi-la e tentar entendê-la, pois a criança sempre está comunicando uma necessidade. Suprir suas necessidades faz emergir sua alegria colocando-a em contato com seu lado mais saudável, motivando-a a se relacionar melhor com o tratamento (BATISTA, 2003).

Para Bronfenbrenner (2002) o desenvolvimento humano é definido e influenciado pelas interconexões entre os sistemas de ambientes que fazem parte da vida do ser humano. Sua influência ocorre através dos principais elementos que compõem o ambiente sendo estes os papéis, as atividades e as relações vividas pelo indivíduo. Esses elementos serão os responsáveis por contribuir positivamente ou negativamente no processo desenvolvimental. A entrada da criança em um novo contexto ambiental se caracteriza, por um processo de transição ecológica, ou seja, ela passará por um período de adaptação do seu novo papel naquele ambiente.

O contexto hospitalar para a criança, se torna um elemento invasor de seu sistema de ambientes. Ela será obrigada a se adaptar rapidamente aos novos

processos que a envolverão, viver uma nova rotina de relações sem que passe por uma construção antecipada de seu novo papel. Essa nova situação poderá causar sentimentos negativos na criança tornando a situação ameaçadora e confusa.

De acordo com Bowlby (1990), em seus estudos sobre crianças institucionalizadas, o ambiente fora de seu contexto familiar significa a ausência de suas figuras parentais, tornando-a aflita diante de estranhos. O medo e a ansiedade são sintomas emocionais comuns a esta situação, mas que são subestimados pelos profissionais, pois não dão a devida atenção na hora do procedimento em que vão submeter à criança.

A estada no hospital, principalmente para as crianças pequenas, pode gerar perturbações, sobretudo se esta for longa. Estas perturbações podem ser resultados da separação dos pais, a atmosfera do hospital e da doença em si (BATISTA, 2003).

É necessário ocupá-las, fazê-las esquecer a doença, desligá-las do ambiente frio, desconhecido e asséptico, distraí-las do medo e da dor. Trata-se de realizar uma ludoterapia complementar ao processo de tratamento rumo à cura. Espera-se que a criança frente aos procedimentos médicos reaja de maneira a expressar seus sentimentos e afetos de uma forma que se sentir vontade de chorar que chore, se está assustada que se expresse. O importante é que os sentimentos estejam presentes e que ela possa exteriorizá-los (BATISTA, 2003, p.28).

3.3 – O caminhar terapêutico

Para o “deficiente” a reabilitação não coincide com o lugar da integração. Ele é tirado dos ambientes comuns a sua rotina e colocado em um lugar especial, ocorrendo uma ruptura entre o espaço interno e externo a instituição. As relações que estabelece são diferentes as familiares. Nesse novo lugar o “paciente” passa a se submeter ao saber técnico que, por sua vez, afirma a sua autoridade através do poder científico. O corpo deficiente passa então a ser assunto exclusivo para

os profissionais, e cada pedaço deste passa a pertencer a um especialista (NALLIN, 1994).

“Seu corpo já não lhe pertence, visto que, por ter um corpo deficiente, o indivíduo não é considerado capaz de saber o que fazer com ele.” (NALLIN, 1994, p.169).

O processo terapêutico que a criança com DN precisa, muitas vezes passa pela orientação de vários especialistas. Ela precisa do fisioterapeuta devido a sua limitação motora, do fonoaudiólogo devido à dificuldade da fala, do serviço social devido às dificuldades educacionais, da terapeuta ocupacional, entre outros saberes, que acabam por desvincular este corpo em partes e isso torna todo o processo terapêutico de difícil assimilação para a criança.

Para a autora Capobianco (2003) a equipe médica entende o corpo como um objeto que se enxerga e apalpa podendo medir seu funcionamento através de radiografias, exames ou outros procedimentos preestabelecidos. Essa forma de entender o corpo desvincula o indivíduo de sua existência. A partir disso, todo conhecimento que não seja científico torna-se duvidoso, pois pode oferecer saberes imprecisos, subjetivos ou distorcidos. Com isso seus conhecimentos são desqualificados em detrimento da linguagem médica.

A desqualificação dos saberes da criança com DN, resulta em uma anulação de suas formas de expressão, seus sentimentos e desejos são reprimidos em favor do tecnicismo.

A submissão ao poder científico não consegue dar voz as necessidades intrínsecas do ser humano, devido ao modelo de readequação funcional que se objetiva chegar. Isso torna a reabilitação sem significado para o paciente, pois para ele o modelo idealizado pela instituição se torna inacessível, fora de seus padrões e realidade. A expectativa de mudança, em se chegar ao “normal” deixa para trás o significado de suas verdadeiras capacidades (NALLIN, 1994).

Essa submissão ao poder científico em conjunto com o fator “ser criança”, acaba agravando a imposição pelo qual é submetida.

Elas se encontram numa realidade pensada e dirigida por adultos. Nela, muitas vezes é tratada com impaciência, menosprezada, resistindo calada e submissa às incompreensões (BATISTA, 2003).

Se aliarmos esta situação à indiferença, exclusão e dificuldades sociais que enfrentam, poderemos observar o quão difícil significa para elas esse processo, necessitando serem entendidas.

A prioridade nos discursos médicos, deixa de considerar as condições históricas, culturais, sociais e econômicas do paciente, colocando-o em um “modelo de teorias universais” e desconsiderando o que sabe sobre sua condição (CAPOBIANCO, 2003).

O saber técnico não atinge só a criança, mas também a família, que em geral acaba por ser mobilizada com exagero através de proibições e limitações em relação aos movimentos, atividades, posturas, etc., frustrando dessa forma futuras possibilidades entre o contato família e criança (LORENZINI, 2002).

A família fica sob o efeito da modelização do comportamento, submissos a ordem médica, sem poder exercer uma atitude crítica e autônoma da realidade vivida por eles (CAPOBIANCO, 2003).

A família é muito importante neste processo, mas por vezes, não consegue ser valorizada. Bronfenbrenner (2002) coloca como a primeira relação no sistema de ambientes da criança a relação diádica entre mãe-filho, se tornando triádica com a entrada do pai. A família será a base para que através dessas relações, possam ser construídos os elementos que fazem parte do microsistema da criança, possibilitando a construção de outras estruturas. Essa base iniciará o processo de conhecimento e desenvolvimento entre criança-mundo.

Para que haja uma resignificação do contexto hospitalar para a criança, torna-se necessário uma adaptação ambiental, trazendo elementos de sua rotina que, para ela, são agradáveis e significativos, modificando dessa forma o olhar infantil para esse contexto, tornando-o mais familiar e menos invasivo.

Bronfenbrenner (2002) afirma que o ambiente institucional pode ser prejudicial no desenvolvimento da criança se os seguintes elementos se combinarem: poucas possibilidades de interação cuidadora-criança em atividades variadas, restritas

oportunidades de locomoção e poucos objetos para a criança utilizar em atividades espontâneas.

Nas atividades lúdicas a fantasia é estimulada. Essa fantasia se tornará um instrumento terapêutico, pois atingirá o processo psicológico que ela está passando, trazendo para a sua consciência o que ela esconde ou tem medo de enfrentar (BATISTA, 2003).

O brincar, sendo um dos elementos do contexto da criança, se torna fundamental nesse momento. As atividades lúdicas serão um fator transformador desse ambiente, pois neste espaço ela poderá se expressar dando significado a situação vivenciada, mudando sua percepção em relação ao contexto.

4 O papel do profissional de Educação Física

De acordo com o levantamento bibliográfico realizado neste estudo, identificamos poucos trabalhos relacionados à prática pedagógica do profissional de E.F. em equipes de reabilitação. O que pudemos verificar é o trabalho deste profissional com grupos de cardíacos, idosos, diabéticos entre outros, onde o principal objetivo é a prescrição de exercícios físicos visando a recuperação funcional do paciente e sua inserção na prática esportiva. O trabalho com crianças com necessidades especiais, utilizando-se de práticas pedagógicas é pouco pesquisado em hospitais e centros de reabilitação.

De acordo com Carmo (1994) a reabilitação que os “deficientes” tem acesso é em grande parte médica. Há no Brasil pouquíssimos centros de reabilitação preparados para tratar o “deficiente” em todas as suas fases. De acordo com as definições de reabilitação citadas pelo autor, o ponto em comum entre elas é que deve ser um processo contínuo na vida do indivíduo. Neste processo, ela deveria abranger a pessoa na área educacional, médica, fisioterápica entre outros, mas o que acontece é a manifestação das áreas de forma fragmentada. Neste processo não existe uma inter-relação entre as fases, tornando-se sem sentido, pois de acordo com o autor:

“Não tem sentido algum reabilitar o indivíduo apenas em um ou em alguns aspectos de suas funções vitais e sociais. A vida, como a sociedade, é dinâmica, e dinâmica também deve ser a reabilitação.” (CARMO, 1994, p.84).

Para uma equipe que esteja envolvida neste processo, só existirá significado se houver interdisciplinaridade entre as áreas que a compõem. Esta idéia se contrapõe ao conceito de multidisciplinaridade onde os profissionais não se comunicam, não há integração de métodos, cada um cuida da área pela qual é responsável. A concepção de interdisciplinaridade é um avanço qualitativo na reabilitação, pois vai contra a visão sectária e corporativa de homem e sociedade (CARMO, 1994).

Na multidisciplinaridade, o jogo saber-poder se mantém através das técnicas, que por sua vez não deixam as fronteiras disciplinares se alterarem. Ela traz

como resultado a manutenção de si própria, seus objetivos e saberes (CAPOBIANCO, 2003).

A maioria dos centros de reabilitação reflete essa forma segmentada de tratamento devido ao modelo médico de deficiência estar enraizado em seu contexto. Esse modelo dá ênfase na recuperação funcional, deixando de lado outros fatores que fazem parte do ser humano.

Se, por um lado, o discurso dominante em reabilitação enfatiza a necessidade de se incrementar as capacidades restantes do cliente, por outro lado, a sua análise revela um enfoque no distúrbio, na doença, na deficiência. É o modelo médico aplicado à reabilitação. Existe o diagnóstico, o tratamento e a "cura", como se a complexa questão da integração social das pessoas deficientes pudesse ser resolvida por uma operação, uma prótese, ou seja lá o que for (NALLIN, 1994, p.171).

Para Carmo (1994) existem duas formas de conceber o homem, a fragmentação de seu corpo e a separação deste do contexto social. Elas são o reflexo de nossa sociedade que acaba por se corporificar na especialização. Com isso há uma redução dos problemas sociais ao indivíduo, tornando-o culpado pelos insucessos e fracassos ocorridos em sua existência.

Esse modelo se reflete na própria atuação do profissional de E.F. na área de reabilitação, predominando o foco no fisiológico. Não querendo negar sua eficácia e seu papel importante na recuperação funcional e/ou iniciação desportiva, pois existem pesquisas significativas e de grande importância na área. Mas se torna necessário também levar ao campo da reabilitação práticas pedagógicas que, além de favorecerem o processo de desenvolvimento e o potencial de aprendizagem das crianças, seja capaz de interagir dentro do campo da interdisciplinaridade.

Na interdisciplinaridade, os autores apontam que há uma tentativa de efetivar trocas entre as disciplinas, embora mantendo a unidade e a natureza do objetivo, que continua inalterado perante a mudança do regime discursivo que lhe outorga a verdade. O efeito em alguns casos é a criação de outra disciplina (CAPOBIANCO, 2003, p.212).

Apesar da predominância do isolacionismo entre as disciplinas, as situações no contexto hospitalar se mostram muito complexas. Esse fato tem

desestruturado as forças que sustentam o isolacionismo, se tornando emergente algumas experiências entre equipes interdisciplinares (CAPOBIANCO, 2003).

Essa desestruturação vem predominando cada vez mais nos hospitais públicos e universitários, devido a pesquisas de equipes que possuem como objetivo entender o indivíduo como ser humano que sente, possui desejos e necessidades, com características particulares que necessitam de espaço para que possam expressar seus saberes. Dessa forma encontram ferramentas que contribuem tanto para o tratamento como para o próprio crescimento pessoal do indivíduo.

Qual seria o papel pedagógico do profissional de Educação Física?

De acordo com a revisão do capítulo anterior, os saberes técnicos acabam por anular, formas de expressão de crianças com DN no ambiente de reabilitação. Essa submissão de seus corpos acaba por prejudicar formas de entendimento e desenvolvimento dentro do ambiente que as cerca. Para isso é necessário que se construa um novo olhar sobre a criança, considerando em seu processo de desenvolvimento a necessidade de elementos significativos para que possa assimilar e entender o ambiente social, suas relações e papéis no qual ela está inserida.

Para que isso ocorra é necessário que o profissional de E.F. atue pedagogicamente, através de elementos que fazem parte de sua área de conhecimento chamado de cultura corporal.

Essa área de conhecimento denominada cultura corporal, de acordo com Soares (1992) está inserida na concepção crítico-superadora. Esta concepção tem como objetivo o entendimento da realidade através de reflexões feitas pelo próprio aluno, tornando-o crítico perante a sociedade que o cerca. Essa pedagogia busca desenvolver uma reflexão sobre o acervo de formas para representar o mundo que o homem tem produzido durante sua história, através de expressões corporais (jogos, danças, lutas, exercícios ginásticos, esporte, malabarismo, mímica entre outros) que são identificados como formas de representação simbólica historicamente criadas e

culturalmente desenvolvidas. Este acervo de formas representadas através de expressões corporais é que se denomina cultura corporal.

Apesar do livro se basear na realidade escolar, existem dois pontos nessa metodologia que fundamentaram a prática no ambiente hospitalar. O primeiro deles são os elementos utilizados para a transmissão de conhecimento da cultura corporal, onde o jogo foi o principal elemento utilizado na nova prática com caráter mais lúdico.

O segundo e principal ponto é a atitude reflexiva proposta ao aluno através desses elementos, como forma de entendimento da realidade social que o cerca. Na proposta escolar, o conhecimento é construído junto ao aluno, para que ele possa ter uma atitude crítica sobre os conceitos, que lhe são transmitidos. Apesar do contexto hospitalar muitas vezes não possibilitar isso, devido à limitação de experiências que as crianças com DN possuem, é necessário que se preencha essa lacuna possibilitando novas aquisições corporais, ampliando dessa forma sua bagagem de conhecimento.

O homem se apropria da cultura corporal dispondo sua intencionalidade para o lúdico, o artístico, o agonístico, o estético ou outros, que são representações idéias ou conceitos produzidos pela consciência social e que chamaremos de 'significações objetivas'. Em face delas ele desenvolve um sentido pessoal que exprime sua subjetividade e relaciona as significações objetivas com a realidade de sua própria vida, do seu mundo e das suas motivações (SOARES,1992, p.62) grifo do autor.

O surgimento de uma nova prática pedagógica surge de necessidades sociais concretas (Soares,1992). A nova proposta pedagógica no ambiente hospitalar surge da necessidade de oferecer formas às crianças com DN se expressarem.

A inexistência de práticas pedagógicas que visem dar espaço para livre expressão infantil é a afirmação do saber técnico sobre o corpo humano, que não se importa com o significado da situação entendida por quem o vivencia.

Bronfenbrenner (2002) coloca como elemento principal no processo desenvolvimental as atividades molares no qual o indivíduo participa. Essas atividades são conceituadas como um comportamento continuado que possui um momento próprio, tendo significado e intenção para o sujeito que o vivencia. Seu comportamento

se diferencia de atos que são instantâneos, e seu principal fator é o significado que a atividade representa para o sujeito. A intenção e o objetivo fortalecem a atividade contra a interrupção. As atividades molares variam em grau e complexidade, de acordo com a perspectiva temporal (presente, passado e futuro) e sua estrutura de objetivo. Essa variação se caracterizará de acordo com a visão do protagonista e envolvem interação ou não com outras pessoas. Se existe interação o grau de complexidade aumenta e a contribuição no processo desenvolvimental se torna mais positiva.

Essas atividades, dentro do sistema de ambientes, serão o vínculo entre ambiente e sujeito. A partir delas o indivíduo consegue estruturar e entender o ambiente que o cerca e fazer uma relação entre seus processos psicológicos e a realidade ao seu redor.

As atividades molares emergentes da criança refletem o alcance e a complexidade crescentes do meio ambiente ecológico percebido, tanto dentro quanto além do ambiente imediato, assim como a crescente capacidade da criança de manejar e alterar seu meio ambiente de acordo com necessidades e desejos (BRONFENBRENNER, 2002, p.39).

Com isso pode-se concluir que a função das atividades molares está relacionada com as práticas pedagógicas que serão inseridas no ambiente. Se não há possibilidade da inserção de práticas significativas para a criança, este contexto que faz parte de sua rotina se torna sem significado, contribuindo negativamente em seu desenvolvimento.

5 O brincar e a criança

Neste texto, as palavras brincadeira e jogo serão utilizadas como sinônimos, pois os autores pesquisados as consideram dessa forma.

O brincar e seu significado em cada momento histórico se evidenciam nas relações sociais entre criança e adulto. Nessa relação os valores da época, muitas vezes se sobrepõem a necessidades que fazem parte do desenvolvimento infantil.

O jogo é constituído de valores de sua época, pois suas regras, papéis sociais e relações serão determinadas pelo contexto social do momento. Não sendo só o jogo carregado de valores, mas a própria imagem da criança e seu brincar serão reflexos de imagens culturais (KISHIMOTO, 1995).

De acordo com Maturana e Zoller (2004) a cultura ocidental, a qual pertencemos, possui características que desvalorizam os processos naturais do ser humano, dando lugar aos bens materiais que conquistamos em detrimento das relações humanas vividas no “emocionar”. A produção e a apropriação, fatores marcantes dessa cultura, implicaram um modo de viver que objetiva toda a atenção para os resultados das ações, limitando dessa forma a atenção para a vivência no presente. Isso faz com que nossas relações sejam instrumentalizadas e nossa identidade associada ao resultado de nossas atividades, gerando uma insensibilidade em relação a emoções que fazem parte de nossas interações.

Essa desvalorização se evidencia na relação com o desenvolvimento da criança, em suas dimensões individuais e sociais. Esse olhar para infância gera uma constante preocupação com o adulto em que se tornará, minimizando elementos importantes no seu desenvolvimento, como por exemplo, o ato de brincar. O brincar como fator intrínseco do processo de desenvolvimento infantil acaba então por ser negado, devido à desvinculação de resultados imediatos, sua falta de propósitos (MATURANA; ZOLLER, 2004).

Se por um lado o brincar se torna fator sem importância nas práticas que contribuem com o desenvolvimento infantil, o jogo lúdico/brincar foi separado do lúdico se tornando jogo com caráter competitivo.

Isso se deve a crescente sistematização e organização de nossa cultura que ameaça o caráter lúdico do jogo em detrimento do tecnicismo, esportivizando e modificando suas reais características. A descaracterização do fator espontâneo no jogo pela sistematização das técnicas e regras, está relacionado com o processo de modificação das relações humanas, dando lugar a valorização de necessidades materiais, contribuindo para a degradação do lúdico. A importância não está nas emoções ou prazeres que o jogo proporciona, tanto para o adulto como para a criança, mas sim nos troféus, medalhas e outros valores materiais que se pode conquistar (CARMO, 1994).

Com isso o brincar sofre constantemente, influências dessa cultura que a tenta modelar na forma mecânica e produtiva de ser. A força dessa influência também se encontra nos brinquedos, manipulado pela indústria que visa o lucro através de reproduções do mundo adulto em detrimento do verdadeiro sentido para a criança.

De acordo com Benjamin (1984) sempre se tentou e tenta estudar sobre a criação de objetos apropriados a criança desde brinquedos a livros. Isto mostra a indiferença pedagógica sobre a relação dela com outros materiais que fazem parte de seu cotidiano. Os brinquedos sempre foram feitos para a criança e não como criação da criança. Com isso pode-se concluir que o brinquedo e o jogo são vindos de criações culturais, sendo a maioria de origem do mundo adulto, e que a criança com o uso de sua imaginação dá seus significados de acordo com sua bagagem cultural.

A forma de entender o brincar, como ação sem significado, fez com que sua importância pedagógica desse lugar a uma tendência somente para o lazer e diversão deixando o seu significado desenvolvimental de lado.

Isso leva a reflexão sobre o modo como a Educação Física (E.F.) muitas vezes é entendida no contexto escolar. Em grande parte as pessoas têm o conceito de que a hora da E.F. é hora das crianças “gastarem energia” ou “brincarem”, não se atendo a verdadeira importância que das atividades no desenvolvimento individual e social da criança. Além disso a E.F. é muito vinculada ao desporto, objetivando as técnicas, regras e campeonatos, deixando de lado outros elementos que deveriam ser trabalhados como conteúdo.

5.1 – O significado do brincar

Para Vygotsky (1994) o brincar não é uma atividade predominante no dia-a-dia da criança e nem um protótipo da vida real, mas tem sua importância psicológica em seu desenvolvimento. Ele afirma que a brincadeira preenche necessidades das crianças que não podem ser realizadas no cotidiano, seus desejos vão além da esfera da realidade, e o brincar é utilizado para entender os elementos da vida real. Para isso, a ferramenta que a criança utilizará será a imaginação, sendo este um processo novo que se manifestará a partir da idade pré-escolar. A partir disso ela trabalhará com significados e ações independentes do objeto inserido no brincar, criando uma relação entre o campo do significado (situações do pensamento) e o campo da percepção visual (situações reais), caminhando para a construção de seu pensamento conceitual.

Assim como para Vygotsky (1994) o brincar fará a conexão entre processos psíquicos internos com elementos do cotidiano, para Maturana e Zoller (2004) a vivência no brincar também contribuirá para que a criança estabeleça uma relação entre seu mundo interno e o ambiente em torno de si, levando-a percorrer por um processo de desenvolvimento de sua consciência e de seus movimentos.

Para que exista essa ligação entre o real e o seu processo interno, a brincadeira proporcionará a criação da zona de desenvolvimento proximal. Essa zona permite que a criança realize ações incapazes de executar em seu cotidiano devido sua idade (VYGOTSKY, 1994).

A relação entre o mundo interno e o entendimento da realidade que a cerca é a principal característica deste ato, que o torna importante no desenvolvimento.

A importância do brincar se exprime a partir da idade pré-escolar, pois é a partir daí que se inicia a construção do pensamento conceitual nos processos psicológicos, porém no período que vem antes dessa fase, a criança já brinca, mas não existe ainda o uso da imaginação, o que ela vê a sua frente é o que dará significado à atividade lúdica (VYGOTSKY, 1994).

Nessa fase que se inicia desde o nascimento, a finalidade mais importante do ato de brincar se refere ao início do processo de relações que a criança estabelece consigo mesma e com o mundo.

Sua importância surge desde o nascimento do bebê, quando ele começa brincando consigo mesmo, com a finalidade de se descobrir, se entendendo como ser individual e explorando o ambiente em que vive. A brincadeira pode ser considerada o início do processo de aprendizagem, que ocorre naturalmente, sendo inato e genético do ser humano (LORENZINI, 2002).

O jogo infantil é um modo de aprendizagem não dirigido. Ele permitirá que a criança se expresse autonomamente, de acordo com os significados da situação, sendo dessa forma incerta em seu desenvolvimento. No jogo haverá uma interação entre criança-mundo progressivamente, resultando em uma consciência cada vez mais precisa da realidade. Dessa forma no brincar a autonomia e a incerteza se unirão a outros fatores que fazem do jogo uma forma de ser particular de cada criança. Para ela, quando o jogo torna-se “dirigido”, a sua relação com o exterior e seus significados internos serão modificados (VAYER, 1990).

A brincadeira não dirigida é uma necessidade do processo de desenvolvimento, que precisa ser suprida, e para isso é necessário que se dê espaço e condições para a criança agir.

Brougère (1995) conceitua a brincadeira como um espaço social criado pela criança exigindo assim uma aprendizagem social. Com os elementos culturais fornecidos pelo espaço, a criança dará seu próprio significado transformando-o, mostrando suas vontades, opiniões e com isso exercendo sua liberdade de decisão. Neste espaço a criança construirá relacionamentos criando laços afetivos e se descobrindo como ser autônomo. Apesar de sua imprevisibilidade, o brincar se torna um local protetor e prazeroso onde ela tem liberdade de atuar.

Esse prazer que o brincar proporciona está na relação que a criança estabelece com as regras, ou seja, ela precisa superar sua ação impulsiva para se submeter às regras de comportamento na situação imaginária que cria, e esta submissão que podemos chamar de controle de suas atitudes, é que a levará ao prazer (VYGOTSKY, 1994).

Essas visões nos permitem entender o significado da autonomia, que precisa ser dada a criança no brincar. Cada uma terá sua visão particular da brincadeira de acordo com suas raízes históricas e respeitar essa visão é respeitar e compreender o cotidiano infantil, sem que haja imposições. Isso não significa que orientações, oportunidades e ajuda não seja necessário neste caminhar. A criança se desenvolve aprendendo, para isso ela tem a necessidade do auxílio de adultos para seguir este processo.

5.2 – O brincar e a Disfunção Neuromotora

No caso das crianças com DN, suas limitações às impedem de ir até onde desejam, elas necessitam de auxílio para conhecerem novas formas de se expressar, novas sensações e experiências que sozinhas não atingirão. É a adaptação de acordo com as suas necessidades que fará com que vivenciem significativamente novas situações.

Desde seus primeiros anos de vida, essas crianças freqüentam cotidianamente clínicas médicas, terapêuticas ou ambiente hospitalar. Essa rotina se torna estressante ou até desnecessária, tomando o tempo que poderiam estar vivenciando outros tipos de atividades mais prazerosas, próprias do mundo infantil (LORENZINI, 2002).

A deficiência física é a principal característica, ou a mais marcante das crianças com DN. Dependendo da amplitude da lesão, seus movimentos podem ser totalmente prejudicados.

A criança deficiente física possui necessidades especiais devido às suas características específicas de socialização, comunicação, mediação social, atividades culturais, entre outros que são universais. Em seu desenvolvimento ela não vivenciará todas as experiências necessárias, pois a lesão interfere no seu processo sensório-motor. O brincar para elas se torna complicado, surgindo, tanto para os pais

como para a criança, limites sociais e físicos que reforçarão o atraso no seu desenvolvimento (LORENZINI, 2002).

Devido à especificidade da deficiência física no diagnóstico das crianças com DN, esta pode algumas vezes, acabar prejudicando o tratamento. Essa preocupação na reabilitação motora poderá acarretar na criança outros distúrbios, devido a falta de estímulos necessários, como por exemplo, o ato de brincar. As pessoas envolvidas no processo de reabilitação, por vezes vêm o brincar ou outras atividades importantes na infância, como perigoso para a sua integridade física ou desnecessária, no entanto, a negação do brincar, acarreta falhas em alguns aspectos do desenvolvimento da criança.

A falta de experiências para essas crianças faz com que se voltem para seu mundo, deixando de se integrar na sociedade e no meio em que vivem. Como consequência, deixarão de freqüentar grupos infantis e seus jogos culturais, que contribuiriam para o processo de formação e desenvolvimento (LORENZINI, 2002).

Aufauvre (1987) define que:

A criança deficiente é antes de tudo uma criança e tem as mesmas necessidades básicas de qualquer outra. Cabe a nós descobrir essas necessidades em suas formas particulares, em sua expressão rudimentar, a fim de fornecer a criança materiais e situações que lhe permitam explorar da melhor maneira possível suas capacidades do momento (AUFAUVRE, 1987, p.65).

Mesmo que a criança brinque, esse brincar tem que ser estimulado devido, muitas vezes, a baixa autoconfiança que possuem. Isso fará com que as crianças procurem brinquedos inferiores a sua capacidade de manipulação limitando o seu desenvolvimento. Se a deficiência mental está associada, a criança não possui a percepção de explorar materiais e jogos, pois são calmos e muitas vezes dispersos demais (AUFAUVRE, 1987).

A necessidade de freqüentar ambientes que fazem parte do processo de reabilitação é uma realidade para as crianças com DN. A atividade lúdica dentro desse contexto seria um elemento importante para o enfrentamento da situação e como fator desenvolvimental.

Bronfenbrenner (2002) afirma que o potencial desenvolvimental de um ambiente aumenta na medida em que o meio ambiente físico e social estimula a pessoa a participar de atividades, interações e relacionamentos diádicos com outras pessoas do ambiente vivenciado.

Para isso é necessário olhar para este ambiente como contexto de desenvolvimento, inserindo elementos que são significativos na infância.

Entendemos, assim, que ela geralmente reage a poucos estímulos advindos do ambiente; a resposta, quando ocorre, é demorada ou só resulta de determinados estímulos, necessitando, portanto, de trabalho contínuo para que tire proveito da experiência (LORENZINI, 2002, p.41).

Portanto a criança deve ser estimulada e incentivada para que brinque em interação com outras pessoas, objetos e explore o meio ambiente (LORENZINI, 2002).

A partir dessa discussão sobre o brincar/jogar, podemos analisar a importância deste na infância como elemento transformador e contribuinte da realidade vivida pela criança.

6 Objetivos

6.1 - Objetivo geral

Verificar alterações de comportamento ocorridas nas crianças, através da percepção dos responsáveis, após um período de atividades lúdicas realizadas no ambiente hospitalar.

6.2 - Objetivos específicos

- Minimizar o stress causado pela rotina terapêutica;
- Aumentar o repertório de experiências corporais;
- Contribuir na relação “mãe-filho” através do brincar;
- Tornar o ambiente hospitalar agradável;
- Contribuir positivamente para o desenvolvimento infantil;
- Orientar familiares sobre atividades lúdicas que podem ser realizadas em outros ambientes.

7 Justificativa

Devido ao acompanhamento do trabalho de atividade motora adaptada na neuropediatria, iniciado no ano de 2004 no Hospital das Clínicas – UNICAMP, surgiu o interesse em estudar novas formas de oportunizar a criança com DN, o contato com atividades lúdicas que as auxiliem na diminuição dos malefícios da rotina hospitalar, ampliando sua bagagem cultural e visando, como resultado, ajudar no processo de reabilitação, no desenvolvimento infantil e na relação entre crianças e familiares.

A importância do profissional de Educação Física no ambiente hospitalar vem se ampliando, mas infelizmente não existem muitos estudos a respeito, esperamos contribuir com a área mostrando a importância pedagógica do profissional inserido neste contexto.

8 Metodologia

Pesquisa

O método utilizado foi à pesquisa qualitativa de conteúdo interpretativo, com objetivo de compreender o significado de determinada experiência vivenciada pelos seus participantes (THOMAS; NELSON, 2002)

Local da pesquisa

O ambiente de pesquisa foi à sala de espera do setor de Fisioterapia Neurológica Infantil do HC – UNICAMP. Este local faz parte de um projeto do HC, chamado de **Espaço Jardim Oficina**, cujo idealizador Afonso Von Zubern, objetiva colocar a disposição dos freqüentadores, profissionais que possam suprir suas necessidades. A sala de espera foi reformada, com motivos infantis, antes do início da pesquisa, nos dando maiores condições para efetuarmos as atividades com as crianças.

As atividades foram aplicadas às segundas e sextas-feiras, no período das 14:00 horas às 17:00 horas, e quartas-feiras das 8:30 horas às 10:30 horas.

Sujeitos participantes

O critério para a seleção dos participantes foi a assiduidade na terapia. Após termos dificuldades com alguns participantes no início da pesquisa, adotamos este critério, para que os resultados tivessem maior validade.

- **Crianças**

As crianças participantes tinham as seguintes características em comum:

- a. Faziam terapia desde o nascimento no HC - UNICAMP;
- b. Idade entre 6 e 10 anos de ambos os sexos;
- c. Quadro clínico – Disfunção Neuromotora;
- d. Grau variado de DN.

A seguir apresento o diagnóstico clínico das crianças adquirido no setor de Fisioterapia Neurológica Infantil do HC-UNICAMP, com a devida autorização da coordenadora e responsável.

Quadro 1 – Diagnóstico Clínico

Crianças	Idade	Diagnóstico	Diagnóstico Disfuncional
C1	9	Paralisia Cerebral (PC)	Tetraparesia Espástica
C2	7	PC - Trombose e Derrame Cerebral (com 2 anos)	Hemiparesia Direita
C3	7	PC - Má Formação Cerebral	Ataxia Global
C4	7	Amiotrofia Espinhal - tipo 2	Paraparesia Flácida
C5	9	Síndrome de Sjogren-Larsson e Ictiose ADN	Paraparesia Espástica
C6	7	PC - Encefalopatia Hipóxica (parto com fórceps)	Tetraparesia

• Responsáveis

O único critério para a seleção do responsável foi o acompanhamento terapêutico desde o nascimento da criança.

Material

O material utilizado foi fornecido pelo Espaço Jardim Oficina, que o obteve através de doações. Além do material do local, algumas vezes tínhamos que comprá-los, devido à verba ser limitada. Entre os materiais utilizados durante a pesquisa estavam:

- Bolas (tamanhos variados), vendas, bexiga;
- Material de papelaria (folhas sulfite, cartolina, lápis-de-cor, giz-de-cera; massa de modelar, durex colorido, cola, giz-de-lousa);
- Skate, patins, rede de balanço, corda;
- Jogos de peças (quebra-cabeça, boliche, entre outros), entre outros.

Equipamentos

Para a coleta de dados utilizamos uma câmera digital, para registro das atividades e um gravador para a entrevista realizada na primeira parte da pesquisa.

Procedimentos

Os dados foram coletados através de entrevistas, questionário direcionado aos responsáveis e pesquisa-ação. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social onde há o envolvimento de modo cooperativo de pesquisador e participantes envolvidos na situação de pesquisa (THOMAS; NELSON, 2002).

O procedimento foi dividido em duas etapas. A primeira consistia na elaboração, aplicação de atividades lúdicas e entrevista com os responsáveis.

Atividades realizadas

As atividades propostas foram alteradas no momento de sua elaboração ou mesmo durante a aplicação, pois iriam ser executadas por crianças com DN de graus variados e para a pesquisa era necessário que o grupo todo pudesse participar sem nenhum tipo de constrangimento. Suas limitações foram um fator positivo a ser estudado para que pudéssemos adaptar as brincadeiras elaboradas pelos pesquisadores ou trazidas pelas crianças e seus responsáveis.

Atividades realizadas

- | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| • Patins | • Colocar o rabo-no-burro | • Esconde-esconde |
| • Skate | • Cabo-de-guerra | • Volençol |
| • Balançar na rede | • Boliche | • Cobra-cega |
| • Passear na rede | • Helicóptero | • Amarelinha |
| • Bexiga e Bola | • Casinha | • Bastão escorregadio |
| • Festa de Carnaval/Junina | • Pintura | • Pegar com arco |
| • Festa do dia das crianças | • Fantoques | • Túnel |
-

Na segunda etapa da pesquisa foi aplicado um questionário aos responsáveis, após o período de atividades realizadas com as crianças. Nesta etapa tivemos problemas, pois alguns responsáveis eram analfabetos ou semi-analfabetos. Devido a esta condição tivemos que ajudá-los a responder o questionário, tomando o cuidado de não influenciar em suas respostas. Após a coleta de dados fizemos a análise e discussão dos resultados, fundamentada na teoria ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (2002).

O trabalho preservou o anonimato dos participantes da pesquisa. Esta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, sendo o número do processo CAAE: 0156.0.146.000-05.

9 Análise de Dados

Fundamentaremos nossa análise de dados a partir da teoria de Bronfenbrenner (2002), que define a relação entre um ser humano ativo e as propriedades mutantes dos ambientes como um processo de interação mútua que faz parte do desenvolvimento. Para a nossa análise utilizaremos os dados coletados da entrevista e do questionário em conjunto.

O autor Bronfenbrenner (2002) afirma que a interação sujeito+ambiente+relações ocorre continuamente durante o processo de desenvolvimento do indivíduo. O meio ambiente institucional pode se tornar prejudicial para o desenvolvimento da criança quando oferece pouca possibilidade de interação entre cuidador-criança em suas atividades, o espaço físico limita possibilidades de locomoção e contém poucos objetos para criança utilizar em atividades autônomas. Avaliando as respostas dos responsáveis sobre a reforma no espaço temos:

“eu acho que foi uma idéia muito boa para quem fica esperando o atendimento foi muito criativo da pessoa que teve esta idéia.”

“As brincadeiras são muito criativas apesar do espaço ser um pouco pequeno, mas assim mesmo vocês conseguem animar as crianças e incentivá-las a virem para o tratamento.”

“Ficou melhor, estava uma tragédia, cheio de buraco na parede.”

“No momento ele reclama se não tem ninguém para brincar, mas fica a vontade no local que quer dizer o espaço é deles é só para eles.”

“Bom, muito bom, quando chega aqui e não estão sente falta.”

Para Bronfenbrenner (2002) um experimento transformador envolve a alteração de algum aspecto do sistema de ambientes do indivíduo, que pode ser as atividades, as relações ou as características físicas. Essa alteração acabará eliminando, modificando ou acrescentando elementos e interconexões em qualquer nível ambiental. O resultado disso ativará aspectos comportamentais do indivíduo que eram irrealizados. Podemos demonstrar isso a partir das seguintes respostas:

“Sim eu acho que a minha filha se animou bastante depois que o Espaço começou a funcionar...”

“Tem mais vontade de vir, não tinha vontade de entrar no HC e nem na fisioterapia.”

“Achei muito legal, pois as crianças ficam muito a vontade e elas gostam muito e já vem para o atendimento na intenção de brincar aqui no Jardim Oficina e vocês dão muita atenção e carinho a todos.”

“Quando ela chega ela fala que quer brincar. As vezes chora para ir embora, antes do espaço queria ir rapidão.”

Em relação às brincadeiras propostas no ambiente, chamadas por Bronfenbrenner (2002) de atividade molar, se forem significativas para o sujeito podem desenvolver inter-relações entre dois ou mais ambientes no qual a pessoa participa ativamente.

“Se uma pessoa num dado ambiente fala sobre suas atividades em algum outro ambiente, quer no passado, quer no futuro, ela está manifestando a capacidade de criar um ‘mesossistema mental’ ” (BRONFENBRENNER, 2002, p.39).

A criação do “mesossistema mental” pode se analisado a seguir:

“...ele adora a hora das brincadeiras realizadas no espaço jardim ele não vê a hora que chega na segunda-feira.”

“Ela ficava alegre quando falava de ir para Unicamp...”

“...ela fica perguntando das meninas cadê a Celina e Valéria quando chega. E quando vai embora ela fica falando das brincadeiras.”

“Às vezes ela comenta e diz que no outro dia ela vai brincar novamente da mesma brincadeira quando ela gosta da brincadeira...”

Outro ponto relevante na análise do questionário é o relacionamento entre mãe-filho ou as interações diádicas. Dentro dessa relação haverá uma influência mútua resultando na aquisição de conhecimentos, que influenciarão no processo de desenvolvimento. Dessa relação resultarão sentimentos de ambas as partes, que sendo positivos contribuirão para aumentar o processo de desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2002).

No relato dos responsáveis sobre a alteração do brincar na relação com seus filhos podemos analisar esta questão.

“...saímos da rotina que era entrar fazer o tratamento e ir embora, agora não, ele quer entrar para brincar e fazer o tratamento e depois brincar de novo mudou bastante na nossa rotina.”

“Só teve a acrescentar as brincadeiras que já fazíamos.”

“Mudou um pouco porque ela fala mãe vamos brincar daquela brincadeira que nós brincamos na Unicamp. Ai eu falo eu não sei, ela fala sabe sim nós brincamos na Unicamp.”

Maturana e Zoller (2004) afirmam que o encontro entre mãe e bebê, no ato de brincar, é responsável pelo desenvolvimento individual e social da criança. Se não existe essa relação corporal a criança entrará numa dinâmica crescente de incongruência corporal, sua formação individual e social é afetada. Se as relações entre responsáveis e filhos se alteram no brincar, conclui-se que essa dinâmica foi modificada contribuindo para o desenvolvimento das crianças.

Nos estudos de Bowlby (1990) sobre a experiência hospitalar para as crianças, ele afirma que este ambiente traz consigo situações que não são agradáveis, como procedimentos invasivos, ansiedade e medo, dor, entre outros que causam efeitos psicológicos negativos, resultando em hostilidade sobre o local. A partir desta afirmação podemos analisar os aspectos emocionais em relação ao ambiente nas respostas:

“Ela ficava alegre quando falava de ir para Unicamp...”

“...ela se sente melhor , mais aliviada.”

“As brincadeiras deixaram o local mais animado antes era muito triste.”

“Bom, ótimo, a minha filha gosta muito, todas as crianças, falou em brincar.”

“Sim eu acho que a minha filha se animou bastante depois que o Espaço começou a funcionar...”

“...antes do Espaço ela se cansava muito pois não tinha um lugar bom pra gente ficar.”

10 Considerações Finais

Algumas dificuldades ocorrem durante o desenvolvimento da pesquisa, devido às características da população estudada. Algumas crianças faltaram durante a aplicação das atividades, devido à fragilidade respiratória que possuíam se agravar em determinadas épocas do ano. Apesar disso, dentro do cronograma proposto colocamos um período de aplicação de atividades suficiente para que obtivéssemos resultados satisfatórios.

Uma das crianças do grupo participou durante os seis primeiros meses da pesquisa, mas como recebeu alta da fisioterapia parou de ir ao HC, não dando continuidade ao nosso processo. Conversamos com os responsáveis sobre a possibilidade de continuarem com as sessões de atividades, mas ao ato de brincar não foi dada a devida importância apesar dos argumentos que utilizamos.

Esse é um dos problemas que a nossa sociedade demonstra, quando a atividade em si está relacionada ao lazer. Buscamos sempre propósito e resultados na maioria de nossas atitudes, esquecendo de viver o ato com a devida atenção merecida. Olhamos para o que está além de nossos atos, preocupados somente com o futuro.

Essa forma de viver enraizada em nossa cultura, se transpõe para a maioria de nossos atos e em nossas relações. Os pais aprendem a educar seus filhos para serem futuros indivíduos competentes e de sucesso se esquecendo de viver a emoção da relação afetiva. O ato de brincar é a principal forma que pais e filhos têm de viver suas relações com emoção e intensidade. De um lado os filhos precisam do brincar para que possam se desenvolver em completa aceitação individual e social, por outro os pais encontram os seus filhos os ajudando no processo de desenvolvimento.

Portanto o brincar independente do local, é importante no desenvolvimento das crianças, principalmente para as com DN que têm essa possibilidade mais restrita em seu cotidiano.

Para as crianças com DN e seus familiares, o ambiente hospitalar tem um significado importante. É neste local que parte de suas histórias são vivenciadas através da busca pela recuperação e melhora de suas limitações. Para as crianças

houve uma quebra do processo normal de desenvolvimento, passando a freqüentar outros ambientes e os cuidados especiais que recebem desde o nascimento.

Isso nos leva a refletir sobre a importância de descobrir as necessidades que essas crianças possuem, somente a partir disso poderemos fornecer condições para que utilizem suas capacidades da melhor forma possível.

O entendimento do significado do ambiente hospitalar se tornou o primeiro passo para que pudéssemos nos inserir neste contexto e o adaptássemos para que os efeitos negativos pudessem ser amenizados.

As respostas dos responsáveis nos indicaram a transformação do significado do ambiente para eles e seus filhos, a interação com a nova proposta de atividades foi aceita, fazendo com que aquele ambiente hostil fosse resignificado. O papel de paciente vivido pelas crianças, passou a se transformar em um novo papel, através do processo de transição ecológica que eles puderam interiorizar. A partir desse novo papel passaram a ser indivíduos atuantes no espaço, podendo expressar suas necessidades através do brincar.

Apesar dos efeitos psicológicos negativos que a vivência hospitalar pode trazer, iniciamos um processo de valorização sobre o significado daquele contexto para as crianças, através do brincar. Fazendo uma relação com as respostas descritas, os sentimentos de animo, alegria, ansiedade e vontade de ficar, nos mostram uma reversão do quadro emocional nas crianças.

Para enfrentar uma rotina hospitalar, é necessário que as crianças tenham espaço, para trabalhar seus medos, angústias e dúvidas que a situação acaba trazendo. As atividades lúdicas deram esse espaço a elas, a partir disso puderam fazer uma integração entre os processos de relação social e individual naquele contexto, criando dessa forma um mundo coerente com o espaço que vivenciam.

Para valorizar o significado que este ato tem para a criança, procuramos em cada atividade dar suporte funcional para que, independente de suas limitações, pudéssemos permitir que elas utilizassem suas capacidades de forma prazerosa e não imposta.

Além do suporte funcional, elas precisavam do maior número de possibilidades possível para que pudessem se envolver no processo, demonstrando

dessa forma, seus desejos e necessidades. A partir do que demonstravam íamos construindo e reformulando as atividades propostas no local, não deixando dessa forma de dar importância ao significado do contexto para elas.

Algumas das crianças não se comunicavam através da linguagem verbal. Tomamos o cuidado de tentar entender se as situações que propúnhamos eram ou não agradáveis para elas. Os responsáveis tiveram um importante papel, pois nos ajudaram a se comunicar com seus filhos nos ensinando a leitura de suas expressões corporais.

Outro fator importante foi as respostas sobre as atividades realizadas no espaço. Os pais relataram o brincar como sendo um direito de seus filhos, fazendo parte de seu desenvolvimento. Sugeriram que as brincadeiras deveriam ser realizadas em todos os períodos de atendimento e que deveria haver mais brinquedos para as crianças.

No caso das crianças e responsáveis do espaço, existe uma relação onde as crianças apresentam uma necessidade de ajuda física muito grande em relação aos seus pais. Essa dependência acaba por transformar os pais muitas vezes em cuidadores, ou seja, o afeto emocional que deve existir na relação é substituído pela preocupação em amparar a criança devida suas necessidades físicas.

O brincar “mãe-filho”, necessário para o desenvolvimento infantil é esquecido e substituído pela superproteção ou outras preocupações individuais e sociais. No relato dos responsáveis sobre a alteração do brincar na relação com seus filhos, fica explícita a aproximação entre ambos, as atividades conseguiram resgatar ou melhorar essa interação. Se as relações entre responsáveis e filhos se alteraram no brincar, podemos concluir que essa dinâmica foi alterada contribuindo positivamente para o desenvolvimento das crianças.

Olhar para essas crianças dentro de sua rotina, nos faz perceber que a inclusão delas na sociedade vai além da capacitação de profissionais e adaptação física de ambientes. É necessário que aprendamos a entender o significado dos elementos que fazem parte de suas vidas, para que possamos interagir de acordo com suas necessidades e capacidades.

Referências Bibliográficas

AUFAUVRE, Marie-Renne. **Aprender a brincar, aprender a viver: jogos e brinquedos para a criança deficiente: opção pedagógica e terapêutica.** São Paulo: Editora Manole LTDA.,1987. 356p.

BATISTA, Cleide Vitor M. **Brincriança: A criança enferma e o jogo simbólico.** 2003. 251p. Dissertação (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

BENJAMIN, Walter. **Reflexões: A Criança, o Brinquedo, a Educação.** São Paulo: Summus,1984. 120p.

BOBATH, Karel. **Uma base neurofisiológica para o tratamento de Paralisia Cerebral.** 2. ed., São Paulo: Manole,1990. 110p.

BOWLBY, John. **Formação e rompimento dos laços afetivos.** 2. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1990. 165p.

BRONFENBRENNER, Urie. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Tradução: Maria Adriana V. Veronese. Porto Alegre: Artmed, 2002. 267p.

BROUGÈRE, Gilles. **Brinquedo e cultura.** São Paulo: Cortez, 1995.110p.

CAPOBIANCO, Cristina S. Mora. **O corpo em off: A doença e as práticas psi na pediatria hospitalar.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2003. 347p.

CARMO, Apolonio A. do. **Deficiência Física: A sociedade brasileira cria, "recupera" e discrimina.** Brasília: MEC,1994. 170p.

DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul. **Neurologia Infantil.** 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996. 1352p.

GESELL, Arnold; AMATRUDA, Catherine S. **Psicologia do desenvolvimento do lactente e da criança pequena**: bases neuropsicológicas e comportamentais. São Paulo: Atheneu, 2002. 600p.

KISHIMOTO, Tizuko M. **Jogos tradicionais infantis**: o jogo, a criança e a educação. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 127p.

LORENZINI, Marlene V. **Brincando a Brincadeira com a criança deficiente**: novos rumos terapêuticos. São Paulo: Manole, 2002. 134p.

MATURANA, Humberto R., ZOLLER, Gerda V. **Amar e brincar**: fundamentos esquecidos do humano. São Paulo: Palas Athena, 2004. 272p.

NALLIN, Araci. **Reabilitação em instituição**: suas razões e procedimentos – análise de representação do discurso. Brasília: CORDE, 1994. 184p.

SOARES, Carmem Lúcia; et. al. **Metodologia do ensino de educação física**. São Paulo: Cortez, 1992. 119 p.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 419p.

VAYER, Pierre; CHARLES, Roncin. **Psicologia atual e desenvolvimento da criança**. São Paulo: Manole Dois, 1990. 191p.

VYGOTSKY, Lev S. **A formação social da mente** : o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 191p.

ANEXOS

Anexo A: Entrevista

O que vocês acham do novo espaço Jardim Oficina?

Anexo B: Modelo de questionário

Nome do responsável: _____

1. O que achou do espaço (Jardim Oficina) criado para as crianças que vem para o atendimento no hospital?

2. O que acha das brincadeiras realizadas com as crianças no espaço?

3. A vontade de seu filho ir para o tratamento se alterou?

4. Quais os comentários que seu filho faz no momento que chega ao hospital e depois que vai embora? Antes do espaço os comentários eram o mesmo?

5. Houve alguma mudança na rotina sua e de seu filho em relação ao brincar?

6. Comentários do entrevistado.

Anexo C: Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento

PROJETO DE PESQUISA: **BRINCANDO NO HOSPITAL: CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA ATRAVÉS DO DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES PARA CRIANÇAS COM DISFUNÇÃO NEUROMOTORA**

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Prof. Dr. Edison Duarte.

ORIENTANDO: Valéria Ribeiro de Souza Fiorin.

Eu _____ portador do RG _____, pai/responsável por _____, residente a _____, autorizo a participação de meu filho e/ou dependente na presente pesquisa, a qual adotará os seguintes objetivos e procedimentos:

- O objetivo desse trabalho é viabilizar atividades lúdicas dentro do ambiente hospitalar inseridos neste programa.
- Esperamos com essa pesquisa compreender a extensão da atuação do professor de Educação Física dentro do ambiente hospitalar para crianças com Disfunção Neuromotora e os benefícios dessa prática nos aspectos sociais, psicológicos e emocionais, os quais poderão ser avaliados através de questionários orientados para os familiares.
- O programa acontecerá no Hospital das Clínicas - UNICAMP, onde serão ministradas as atividades semanalmente às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras, no período da tarde das 14:00 horas até as 17:00 horas.
- Contaremos com o auxílio de graduados em Fisioterapia, já experientes no que diz respeito a atividades para crianças com Disfunção Neuromotora.
- Serão conteúdos dessas aulas: jogos e brincadeiras que fazem parte do conteúdo cultural da cultura corporal infantil, sendo adaptados de acordo com as limitações e necessidades das crianças envolvidas.

- Deverá haver por parte dos participantes, regularidade e freqüência durante o desenvolvimento do projeto.

Li e entendi as informações precedentes, sendo que dúvidas futuras, que possam ocorrer, poderão ser prontamente esclarecidas, bem como o acompanhamento dos resultados obtidos durante a coleta de dados. Aqui também autorizo as eventuais amostragens em forma de fotografias e/ou filmagens que possam ocorrer, para serem acrescentadas ao projeto e serem divulgadas em futuros congressos, simpósios, palestras e seminários, sendo as fotos de caráter puramente técnico, enfatizando algum item, situação ou demonstração das atividades, sendo respeitados os padrões éticos e morais já aprovados previamente pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Declaro concordar em fornecer as informações solicitadas, sabendo estar garantido: o esclarecimento do que julgar necessário, bem como a liberdade de me recusar a participar ou retirar o consentimento, em qualquer momento, sem qualquer penalidade e/ou prejuízo.

Campinas, _____ de _____ de 2005.

Assinatura

Agradecemos a colaboração

Prof. Dr. Edison Duarte

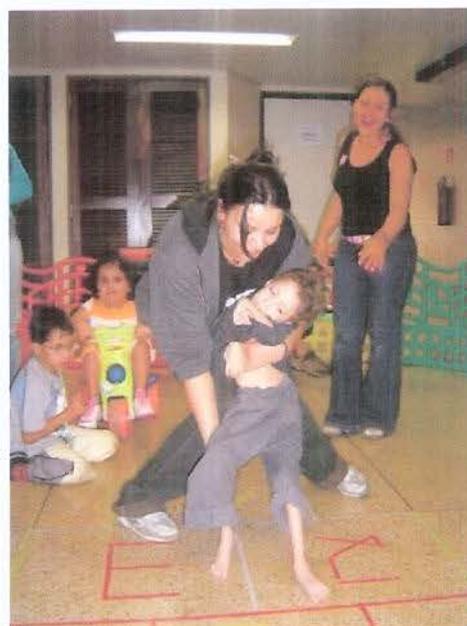
TEL: 3788-6616 (Departamento de atividade Motora Adaptada)

Valéria Ribeiro de Souza Fiorin.

TEL (19) 9624-3313/ (19) 30292987

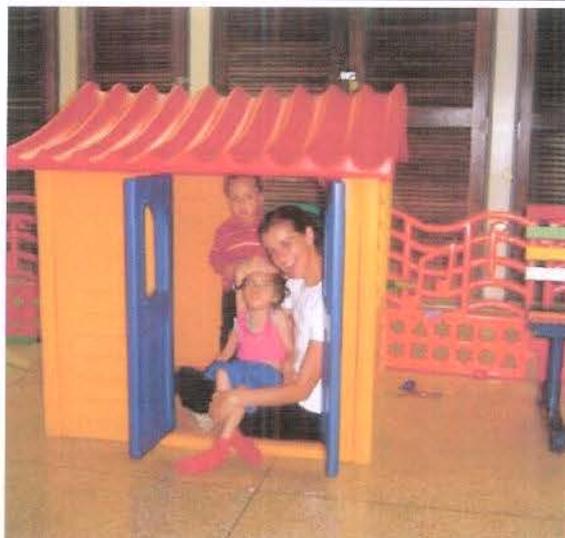
E-mail: valeria.fiorin@gmail.com

Anexo D: Fotos das atividades realizadas

COBRA-CEGA**FOTO 1****FOTO 2****AMARELINHA****FOTO 03****FOTO 04**

BASTÃO ESCORREGADIO**FOTO 05****PATINS****FOTO 06****BATATA-QUENTE****FOTO 07****FESTA JUNINA****FOTO 08**

FESTA DO DIA DAS CRIANÇAS**FOTO 09****PEGAR COM ARCO****FOTO 10****BOLICHE****FOTO 11****FOTO 12**

FANTOCHES**FOTO 13****CASINHA****FOTO 14****SKATE****FOTO 15****FOTO 16**

PINTURA



FOTO 17



FOTO 18

CABO-DE-GUERRA



FOTO 19



FOTO 20