

DIRCE SHIZUKO FUJISAWA

FORMAÇÃO ACADÊMICA DO FISIOTERAPEUTA:

**A UTILIZAÇÃO DE JOGOS E BRINCADEIRAS NOS ATENDIMENTOS
DE CRIANÇAS**

DIRCE SHIZUKO FUJISAWA

**FORMAÇÃO ACADÊMICA DO FISIOTERAPEUTA:
A UTILIZAÇÃO DE JOGOS E BRINCADEIRAS NOS ATENDIMENTOS
DE CRIANÇAS**

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Educação (Área de concentração: Ensino na Educação Brasileira). Linha de pesquisa: Educação Especial no Brasil.

Orientador: Dr. Eduardo José Manzini

**Marília
2003**

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F961f Fujisawa, Dirce Shizuko
Formação acadêmica do fisioterapeuta : a utilização de jogos e brincadeiras no atendimentos de crianças / Dirce Shizuko Fujisawa. – Marília, 2003.
162 f. :il. + anexo e apêndices no final da obra.

Orientador: Eduardo José Manzini.
Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Campus de Marília, 2003.
Bibliografia: f. 152–162.

1. Fisioterapia para crianças – Teses. 2. Fisioterapia – Estudo e ensino – Teses. 3. Jogos infantis – Teses. I. Manzini, Eduardo José. II. Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho (Campus de Marília) III. Título.

CDU 615.8:378
615.8-053.2:378

A todas as crianças

Que necessitam da intervenção fisioterapêutica.

Principalmente,
àquelas que a requerem por período prolongado de suas
vidas.

Agradecimentos

Este trabalho foi realizado com a colaboração direta e indireta de várias pessoas.

Manifesto o meu agradecimento:

Ao Dr. Eduardo José Manzini por mais uma vez ter orientado com seriedade e sabedoria, sendo um exemplo de professor e pesquisador;

À minha família pelo apoio, compreensão e carinho durante todos os anos de pós-graduação;

A todos os meus amigos que inúmeras vezes incentivaram e acreditaram em mim, em especial, Márcia, Benno, Elza, Lilian, Mara, Miguel, Viviane, Ruy, Leandro e Egle;

Ao meu amigo Jefferson Rosa Cardoso pela dedicação e paciência na realização da análise estatística;

Às minhas amigas Cristina, Regina, Eliza, Elaine e Andréia que tornaram as idas e vindas mais agradáveis e alegres;

A todos os colegas do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina, em especial ao Setor de Pediatria, por terem colaborado com a realização deste trabalho;

Aos funcionários da Divisão de Documentação Científica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, pelo apoio na filmagem;

A todos os membros do Grupo de Pesquisa: Deficiências Físicas e Sensoriais que contribuíram com opiniões e sugestões valiosas;

À Secretaria de Pós-graduação da UNESP – Câmpus de Marília, em especial às secretárias, atenciosas e dedicadas no atendimento aos alunos;

“Quando me aproximo de uma criança, dois
pensamentos me ocorrem: sensibilidade
pelo que ela é; respeito pelo que pode vir a ser.”

Louis Pasteur

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUME

1	INTRODUÇÃO	14
2	ESTÁGIO SUPERVISIONADO: O ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE CRIANÇAS E A UTILIZAÇÃO DE JOGOS E BRINCADEIRAS	17
	2.1 O Atendimento Fisioterapêutico de Crianças	23
	2.2 Jogos e Brincadeiras: Um Recurso no Atendimento Fisioterapêutico de Crianças	32
3	MÉTODO	39
	3.1 Participantes e o Contexto do Estágio Supervisionado	40
	3.2 Descrição do Ambiente Físico e Relação dos Materiais Disponíveis ..	41
	3.3 Procedimentos para Coleta de Informações	43
	3.3.1 Cuidados e procedimentos iniciais	45
	3.3.2 Procedimentos de coleta de informações I – Observação sistemática	48
	3.3.3 Procedimentos de coleta de informações II – Anotação da evolução no prontuário	52
	3.4 Amostragem de Evento	53
	3.4.1 Protocolo de observação	54
	3.4.2 A transcrição das fitas de vídeo	57

3.4.3	Concordância intra e entre observadores	58
3.5	Tratamento e Análise dos Dados	64
3.5.1	Elaboração das categorias de análise	64
3.5.2	Concordância entre juízes das categorias de análise	65
3.5.3	Análise Estatística	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1	A Manifestação dos Jogos e das Brincadeiras nos Atendimentos Fisioterapêuticos	69
4.1.1	Ocorrências dos jogos e das brincadeiras	69
4.1.2	Situações em que ocorrem os jogos e as brincadeiras	72
4.1.3	Situações em que não são desenvolvidos os jogos e as brincadeiras	76
4.1.4	Proposição da atividade	81
4.1.5	Tipos de jogos e brincadeiras	89
4.1.6	Recursos utilizados nos jogos e brincadeiras	99
4.2	O Jogo e a Brincadeira no Atendimento Fisioterapêutico	102
4.2.1	Função dos jogos e das brincadeiras	102
4.2.2	Respostas obtidas com a utilização de jogos e brincadeiras	111
4.2.3	Relação dos jogos e das brincadeiras com as características da criança atendida	116
4.3	Comportamento da Estagiária no Jogo e na Brincadeira	123
4.4	Comparação Entre a Primeira e a Penúltima Semana de Estágio na Prática da Utilização de Jogos e Brincadeiras nos Atendimentos Fisioterapêuticos	129

5 CONCLUSÕES 145

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 152

ANEXO

Anexo 1 164

APÊNDICES

Apêndice 1 166

Apêndice 2 171

Apêndice 3 175

Apêndice 4 178

Apêndice 5 180

Apêndice 6 182

FUJISAWA, D. S. *Formação Acadêmica do Fisioterapeuta: a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos de crianças*. Marília, 2003. 162p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília, Universidade Estadual Paulista.

RESUMO

A utilização de jogos e brincadeiras ocorre, com freqüência, nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, inclusive no estágio supervisionado realizado durante a formação acadêmica. O objetivo desse trabalho foi descrever a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, realizados pelos estagiários. Foi realizado estudo descritivo, do tipo observacional, tendo como procedimentos de coleta de informações a observação sistemática e a anotação da evolução do prontuário. A observação sistemática, registrada por meio da filmagem, ocorreu em dois momentos: na primeira e na penúltima semana do estágio supervisionado. Os atendimentos observados foram realizados por seis acadêmicos do 4º ano do curso de graduação em Fisioterapia de uma instituição de ensino superior. As fitas de vídeo foram transcritas em um protocolo de observação, que continha critérios quanto ao recorte das cenas obtidas. Os recortes das cenas que apresentavam jogos e brincadeiras, durante o atendimento, foram submetidos à concordância intra e entre os observadores. As categorias e subcategorias de análise foram estabelecidas após assistir-se, diversas vezes, às cenas gravadas e de acordo com os objetivos do estudo. Posteriormente, foram submetidas à apreciação de juízes por meio de material elaborado. As categorias e subcategorias elaboradas permitiram a análise de cada ocorrência sob os vários aspectos envolvidos na prática da utilização de jogos e brincadeiras. As estagiárias observadas utilizaram os jogos e as brincadeiras na avaliação e no tratamento da criança, com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas para o atendimento fisioterapêutico. A manifestação do lúdico no atendimento à criança apresentava caráter terapêutico. Os jogos e as brincadeiras, em sua grande maioria, eram atividades-meio para o alcance de objetivos preestabelecidos, diferindo do brincar terapêutico. As principais situações identificadas que levaram à ocorrência de jogos e brincadeiras foram a falta de colaboração ou de permissão na realização de

procedimentos e a necessidade de participação ativa da criança. Vários tipos de jogos e brincadeiras foram observados, sendo, na sua maioria, iniciados pelas estagiárias, os quais, somados a brinquedos simples permitiam a diversidade. A comparação entre a primeira e a penúltima semana de estágio, na prática da utilização de jogos e brincadeiras, demonstrou melhora estatisticamente significativa quanto a: possibilidade de desenvolver atividades lúdicas sem a presença de recurso; diminuição de jogos e brincadeiras inadequados; e aumento na obtenção de resposta desejada. Porém, não ocorreu modificação estatisticamente significativa entre a primeira e a penúltima semana quanto à finalidade terapêutica e ao comportamento da estagiária durante o jogo ou a brincadeira. A inclusão do tema o jogo e a brincadeira no desenvolvimento infantil e como recurso pedagógico na formação acadêmica do fisioterapeuta pode contribuir para o uso efetivo de estratégias educativas.

Descritores: Fisioterapia; jogos e brincadeiras; formação acadêmica; recurso pedagógico.

FUJISAWA, D. S. *Academic Education in Physical Therapy: the use of plays and games for infant treatment*. Marília, 2003. 162p. PhD thesis (Doctorate in Education) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília, Universidade Estadual Paulista (– College of Philosophy and Sciences, Campus of Marília, Paulista State University).

ABSTRACT

Plays and games are frequently used both at infant physical therapy sessions and at the supervised training period during academic education. The aim of this study was to describe the use of plays and games at infant physical therapy sessions carried out by trainees. A descriptive study, type observational, having systematic observation and the follow up of patient files as data collection procedures, was carried out. Systematic observation, through filming, took place in two occasions: during the first week and the week before the last at the supervised training period. The observed sessions were carried out by six senior students in the fourth year of Physical Therapy at a university. The recorded videotapes were transcribed using an observation protocol containing criteria to guide the cutting of recorded scenes. Cuts of scenes showing plays and games during sessions were submitted to intra- and inter-observers concordance. The categories and sub-categories of analysis were established after repeatedly watching the recorded scenes, and according to the aims of the study. Later, they were submitted to assessors for evaluation. These categories and sub-categories allowed for the analysis of each occurrence under the various aspects involved in using plays and games in physical therapy. The supervised trainees used plays and games for evaluation and treatment of children, aiming at reaching the goals established for the physical therapy sessions. The occurrence of playful activities during the sessions had a therapeutic character. Plays and games were mostly means to achieve the pre-established aims, differing from therapeutic playing. Main identified situations that led to the use of plays and games were: child unwillingness or refusal to receive treatment and the need of active performance from child. Several kinds of plays and games were observed. Most of these plays and games were started by trainees, and together with simple toys allowed for diversity. Comparison between the two observed weeks, regarding the

use of plays and games during sessions, has shown significant improvement concerning: the possibility of using playful activities without resources; the adequacy of plays and games; and the increase in intended response. However, there were no significant changes between the first week and the week before the last regarding the relationship between non therapeutic aspect of the playful activities and behaviour of trainee during plays and games. Inclusion of plays and games in infant development as well as a pedagogical resource for academic education in physical therapy can contribute to an effective use of educational strategies.

Key words: Physical Therapy; plays and games; academic education; pedagogical resource.

FUJISAWA, D. S. *Formation académique du physiothérapeute: l'utilisation de jeux et divertissements lors de la prise en charge des enfants*. Marilia, 2003. 162p. Thèse (Doctorat en Education) – Faculté de Philosophie et Sciences, Câmpus de Marilia, Universidade Estadual paulista.

RESUME

L'utilisation de jeux et divertissements est fréquente lors des prises en charge physiothérapeutiques des enfants, y compris lors du stage supervisé réalisé durant la formation universitaire. L'objectif de ce travail a été de décrire l'utilisation de jeux et divertissements lors des soins physiothérapeutiques d'enfants, réalisés par les stagiaires. Une étude descriptive a été faite, de type observationnel, dont le processus de collecte d'information s'est basé sur l'observation systématique et l'annotation de l'évolution du fichier médical. L'observation systématique a été filmée et s'est déroulée en deux temps: lors de la première puis de l'avant dernière semaine de stage. Les prises en charge médicales observées ont été pratiquées par six universitaires de la quatrième année de cours de graduation en physiothérapie d'une institution d'enseignement supérieur. Les cassettes vidéos ont été transcrites sur un protocole d'observation contenant les critères de découpe des scènes obtenues. Les extraits des scènes qui présentaient des jeux et des divertissements ont été soumis à une évaluation comparée par les observateurs (individuellement et collectivement). Les catégories et sous-catégories d'analyse ont été établies après divers visionages des scènes gravées et en accord avec les objectifs de l'étude. Plus tard, elles ont été soumises à l'appréciation d'un jury d'après le matériel élaboré. Les catégories et sous-catégories ont permis d'analyser chaque fait selon les nombreux aspects concernant la pratique de l'utilisation de jeux et divertissements. Les stagiaires observés ont utilisé les jeux et divertissements pour l'évaluation et lors du traitement de l'enfant, avec l'objectif d'atteindre les buts établis pour le soin physiothérapeutique. La manifestation du ludique lors de la prise en charge des enfants prenait un caractère thérapeutique. Les jeux et les divertissements, dans leur grande majorité, étaient des activités-moyens pour atteindre les objectifs préétablis, se différenciant du "jouer" thérapeutique. Les principales situations identifiées qui ont amené à la mise en place de jeux et divertissements sont nées du

manque de collaboration ou de permission lors de la réalisation de processus et le besoin de participation active de l'enfant. De nombreux types de jeux et divertissements ont été observés, dont la plupart relevaient de l'initiative des stagiaires. Joint à des jeux simples ils ont autorisé la diversité. La comparaison entre la première et l'avant dernière semaine a démontré une amélioration significative quant à: possibilité de développer des activités ludiques sans la présence de moyen; l'adéquation; et obtention accrue de réponse désirée. Pourtant, il n'y a pas eu de modification significative entre la première et l'avant dernière semaine en ce qui concerne diminution de la fonction non-thérapeutique et le comportement de la stagiaire durant le jeu ou le divertissement. L'inclusion du thème "le jeu et le divertissement" lors du développement de l'enfant et comme moyen pédagogique lors de la formation universitaire du physiothérapeute peut contribuer à l'usage effectif de stratégies éducatives.

Descriptifs: Physiothérapie; jeux et divertissements; formation académique; moyen pédagogique.

1 INTRODUÇÃO

A utilização de jogos e brincadeiras ocorre, com frequência, nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, inclusive no estágio supervisionado realizado durante a formação acadêmica. No estágio supervisionado, é possível observar a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos de crianças, tanto pelos fisioterapeutas supervisores, quanto pelos estagiários.

Os resultados obtidos no trabalho “Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de crianças: implicações na formação do fisioterapeuta”¹, dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, demonstraram que, para os fisioterapeutas supervisores da área de pediatria do curso de graduação em Fisioterapia, os jogos e as brincadeiras são recursos, ou atividades-meio, e não uma atividade-fim, devendo, portanto, estar sempre vinculados aos objetivos fisioterapêuticos propostos. Além disso, as formas de utilização dos jogos e das brincadeiras, descritas pelos fisioterapeutas supervisores, estão relacionadas com os objetivos a serem alcançados no atendimento. Foi sugerido que, durante a condução dessa atividade, o fisioterapeuta assuma o papel de educador, planejando, auxiliando na execução, guiando e atendendo a criança em suas necessidades. Porém, os resultados são referentes ao fisioterapeuta supervisor; portanto, não significam que os estagiários utilizem os

¹ Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, área de concentração: ensino na educação brasileira - UNESP – Campus de Marília, nível mestrado, no ano de 2000.

jogos e brincadeiras como um recurso para o alcance dos objetivos fisioterapêuticos propostos e que assumam o papel de educador nos atendimentos de crianças.

Os jogos e as brincadeiras podem ser utilizados pelos estagiários, durante a formação acadêmica, de formas diversas, desde o simples brincar sem relação com os objetivos fisioterapêuticos propostos até como um importante meio de alcançar as metas de atendimento da criança. O simples brincar ou jogo e a brincadeira como um recurso trazem conseqüências, visto que tornam possível a obtenção de resultados satisfatórios e o desenvolvimento de habilidades clínicas necessárias ao estagiário no atendimento fisioterapêutico. É importante destacar que as experiências vivenciadas pelo estagiário nos atendimentos realizados, durante a formação acadêmica, irão contribuir e influir no desempenho do futuro profissional fisioterapeuta, inclusive na utilização dos diversos recursos existentes. Assim, faz-se necessário verificar como são utilizados os jogos e as brincadeiras pelos estagiários durante a formação acadêmica, já que constituem um importante recurso nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças. Os vários aspectos envolvidos na manifestação dos jogos e das brincadeiras, tais como brinquedos utilizados, atividades propostas, procedimentos fisioterapêuticos associados, papel do estagiário, resposta obtida, devem ser investigados e avaliados com o intuito de promover a utilização adequada desses recursos pelos estagiários.

Portanto, este trabalho teve como objetivo geral descrever a utilização dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças realizado pelos estagiários durante a formação acadêmica.

Os objetivos específicos são: listar os brinquedos escolhidos, seja pelo estagiário seja pela criança, nos atendimentos fisioterapêuticos realizados; identificar os jogos e brincadeiras mais comumente utilizados nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças realizados por estagiários; descrever o comportamento do estagiário e os procedimentos utilizados durante os jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos; identificar os objetivos propostos para os jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos; estabelecer as modificações ocorridas durante o período inicial e final do estágio supervisionado, na elaboração, organização e condução de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças realizado por estagiários; analisar a adequação da utilização dos jogos e brincadeiras, de acordo com a fase de desenvolvimento da criança e as suas necessidades e os objetivos fisioterapêuticos propostos; e determinar o período de tempo de utilização dos recursos lúdicos e a quantidade de jogos e brincadeiras associados aos procedimentos fisioterapêuticos.

2 ESTÁGIO SUPERVISIONADO: O ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE CRIANÇAS E A UTILIZAÇÃO DE JOGOS E BRINCADEIRAS

Os cursos de graduação em Fisioterapia são constituídos de atividades teóricas e práticas, já que a formação acadêmica, segundo Hayes et al. (1999), tem como base o desenvolvimento do conhecimento, das habilidades e das atitudes necessários à atuação profissional. Serrano Gisbert e Gómez-Conesa (2002) ressaltam que, na fisioterapia, a aula prática apresenta melhores possibilidades do que a aula teórica para o desenvolvimento dos aspectos de comunicação e, por consequência, facilitam as interações e melhoram a qualidade do processo de ensino aprendizagem.

A utilização dos vários métodos e recursos fisioterapêuticos requerem um treinamento específico, porém é importante destacar que apenas o domínio das técnicas não garantem a formação de um profissional competente. Vale acrescentar que a formação do fisioterapeuta com ênfase no domínio das técnicas e voltada ao tratamento das doenças está relacionada à própria origem da fisioterapia como campo de atuação e à influência do modelo médico. O redimensionamento na formação do fisioterapeuta deve ter como pressupostos a saúde entendida como equilíbrio do ser humano, não como o antônimo da doença, e a visão do ser humano como ser biopsicossocial, ultrapassando o ser “essencialmente biológico” (FUJISAWA E GARANHANI, 2001).

Galvan et al. (1998) recomendam modificações nos currículos dos cursos de graduação no intuito de formar fisioterapeutas comprometidos com o homem, com a sociedade e a profissão, e competentes, ou seja, não limitados ao domínio do saber fazer técnico. Holey (1993) destaca que competência vai além da efetividade no uso das técnicas de tratamento. Trata-se de um repertório de competências, que envolve conhecimento, habilidade e valores profissionais. Já para Sanford, Stratford e Solomon (1993), a competência do fisioterapeuta deve ser demonstrada em várias áreas na prática clínica: conhecimento, julgamento clínico, habilidades psicomotoras, solução de problemas, atitudes e habilidades comunicativas.

Hayes et al. (1999) referem que os acadêmicos de Fisioterapia, observados e relatados pelos professores supervisores, apresentam dificuldade, tanto nas habilidades cognitivas, quanto nas não-cognitivas, no desempenho de atividades clínicas. Já May, Morgan e Lemke (1995) identificaram que os alunos, conforme os seus professores supervisores revelaram, na transição da sala de aula para as atividades clínicas, apresentam mais dificuldade com as habilidades não-cognitivas.

O desenvolvimento das habilidades, cognitivas ou não-cognitivas, deve constituir um foco na formação acadêmica, porquanto estratégias didáticas e recursos podem auxiliar na sua aprendizagem. Com o intuito de facilitar a aprendizagem, o American College of Surgeons, citado por Dacre et al. (1996), propõe o método ATLS para o ensino das habilidades, que consiste no seguinte: o professor orienta os alunos para o desempenho das tarefas; o professor

desempenha a habilidade sem comentários; o professor “conversa sobre a habilidade” (desempenha com comentários); o aluno conversa com o professor sobre a habilidade; o aluno desempenha a habilidade, observado pelo professor. Ainda, Dacre et al. (1996) sugerem que recursos podem ser utilizados no ensino das habilidades clínicas, tais como, pacientes reais, pacientes simulados, vídeos, manequins, simuladores, livros, CD-Rom.

A experiência do contato direto com pacientes, segundo Kopelman (1997), é crucial para complementar a aprendizagem e aumentar o nível de competência. Nesse sentido, o estágio supervisionado tem papel fundamental na formação acadêmica do fisioterapeuta, visto que promove vivências e experiências relativas à sua futura atuação como profissional. Strohschein, Hagler e May (2002) relatam que o estágio supervisionado é o melhor momento para ensinar e refinar as habilidades e atitudes necessárias no acadêmico de Fisioterapia, acrescentando que esse processo de ensino aprendizagem deve ser estruturado e intencional.

Assim, o estágio curricular sob supervisão docente deve ser parte integrante da formação acadêmica do fisioterapeuta, com carga horária mínima de 20% da carga horária total do curso, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia (PARECER CNE/CES/BRASIL 1210/2001).

O Regulamento do Estágio Supervisionado Curricular do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina (RESOLUÇÃO CEPE/UEL 34/2001) estabelece como objetivos do estágio curricular:

I – Aperfeiçoar a formação acadêmica, através de um conjunto de atividades de aprendizagem profissional, proporcionadas em situações reais da vida e de seu meio.

II – Proporcionar ao discente experiência acadêmico-profissional orientada para a competência técnico-científica para atuação no trabalho e solução de problemas dentro do contexto de relações sócio-culturais.

III – Desenvolver a interdisciplinaridade.

IV – Oferecer oportunidade ao discente de relacionar a teoria com a prática, através de inquições, avaliações e atividades profissionais.

A partir dos objetivos propostos no estágio curricular, é possível avaliar a sua importância na formação acadêmica do fisioterapeuta, pois aspectos fundamentais estão envolvidos, como, por exemplo, o desenvolvimento de atividades em situações reais, a atuação acadêmico-profissional, a resolução de problemas, a relação entre teoria e prática, a promoção da interdisciplinaridade. Ainda em relação à importância do estágio na formação, Stith et al. (1998) relatam que a satisfação do acadêmico em um campo ou área de estágio é o componente de maior impacto no currículo para a escolha do seu futuro profissional.

A Resolução CEPE/UEL 38/2002 entende por supervisão de estágio a orientação e o acompanhamento do acadêmico no decorrer das atividades, podendo essa supervisão ser direta ou semi-direta. A supervisão direta ocorre sob observação contínua e direta das atividades desenvolvidas, e a supervisão semi-direta, por meio de visitas sistemáticas ao campo de estágio. Assim, a supervisão do estágio deve ser realizada por fisioterapeuta, que tem papel fundamental no desenvolvimento de experiências favoráveis para a formação acadêmica do

fisioterapeuta, devendo acompanhar e avaliar todas as atividades envolvidas no campo de estágio. A supervisão do estágio também pode variar quanto a sua condução: individual ou grupal, e formal ou informal, mas segundo Stith et al. (1998), a grande maioria dos métodos inovadores sugere a supervisão individualizada, informal e proporcionada de acordo com a necessidade ou a solicitação do estagiário.

Vale destacar que o estágio deve ser realizado sob supervisão de professores aptos para o desempenho dessa função. Strohschein, Hagler e May (2002) alertam para o fato de que nem sempre um fisioterapeuta experiente na prática clínica é um bom supervisor de estágio. O supervisor de estágio deve ter amplo conhecimento científico e pedagógico, experiência clínica na área e, além disso, ser um bom observador.

A partir das observações, o supervisor de estágio deve fornecer as orientações necessárias. Segundo Hayward, Noonan e Shain (1999), esse “feedback” individualizado sobre o desempenho nas atividades é fundamental para o desenvolvimento do acadêmico. A avaliação do acadêmico no estágio supervisionado deve ser específica, devido às características diferenciadas em relação às demais disciplinas e atividades desenvolvidas durante o curso de graduação. Diversos instrumentos são apropriados para subsidiar a avaliação do desempenho do acadêmico no estágio supervisionado, podendo ser os elaborados para um curso ou campo específico ou os já existentes, como, por exemplo, o The Blue MACS. Além disso, Hrachovy et al. (2000) concluem, com base nos estudos

desenvolvidos, que os professores supervisores nos estágios curriculares de Fisioterapia devem ser preparados para a utilização dos instrumentos de avaliação.

Os estágios supervisionados podem ser ofertados em vários campos, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios, centros de reabilitação, escolas, asilos, clubes, creches, empresas, unidades básicas de saúde. Nesses locais a atenção à saúde pode ocorrer nos níveis primário, secundário e terciário. Da mesma forma, os estágios podem proporcionar atuação em várias áreas como, por exemplo, na ortopedia e traumatologia, na reumatologia, na pneumologia, na neurologia, na pediatria e na ginecologia.

O estágio supervisionado na área de pediatria tem sua importância não somente pela ampla possibilidade de atuação profissional, mas também pelas peculiaridades existentes no atendimento à criança, que irão contribuir para a formação acadêmica do fisioterapeuta. O atendimento infantil exige conhecimentos teóricos e práticos, gerais e específicos de pediatria, bem como o desenvolvimento de habilidades para lidar com a criança. Burns e Macdonald (1999) esclarecem que o fisioterapeuta que trabalha com crianças precisa do domínio de várias técnicas de tratamento e de um repertório de habilidades, principalmente da capacidade de se comunicar de maneira eficaz e de despertar confiança.

A superação das dificuldades de compreensão da criança e de comunicação com ela, por exemplo, para o entendimento e a colaboração na execução de algum procedimento, exige habilidades e atitudes adequadas do estagiário e requer a utilização de estratégias e/ou recursos que possam facilitar a

condução do processo terapêutico. Nesse sentido, os jogos e as brincadeiras têm sido utilizados nos atendimentos de crianças, mas a manifestação do lúdico deve sempre estar vinculada ao alcance dos objetivos fisioterapêuticos estabelecidos.

A seguir, fazem-se algumas considerações e reflexões acerca do atendimento fisioterapêutico de crianças e da utilização dos jogos e das brincadeiras.

2.1 O Atendimento Fisioterapêutico de Crianças

A fisioterapia em pediatria constitui-se uma área com amplo campo de atuação: hospitais (berçário, unidades de terapia intensiva, enfermaria, pronto-socorro, recreação e ambulatório), clínicas, centro de reabilitação, creches, escolas, clubes, unidades básicas de saúde, associações e outros. A clientela a ser atendida na área de pediatria inclui de bebês prematuros a adolescentes, podendo a necessidade da intervenção fisioterapêutica ser ora maior ora menor, dependendo do campo de atuação, por exemplo, nas enfermarias o predomínio de crianças com distúrbios respiratórios e nas escolas especiais, crianças com síndromes e paralisia cerebral.

Mohay (1999) explica que são inúmeros os motivos pelos quais a criança pode requerer o acompanhamento fisioterapêutico, ou seja, o problema pode ser de origem congênita ou adquirida, pode melhorar ao longo do tempo ou agravar-

se, e ter duração limitada e passageira ou ser a longo prazo, permanente e incurável. Assim, a intervenção fisioterapêutica pode ocorrer de diversas formas: o acompanhamento periódico por meio de avaliação e orientação, como nos programas para crianças de alto risco; o atendimento contínuo por um curto período, como, por exemplo, durante a internação hospitalar; o atendimento contínuo por um período prolongado, tal como o voltado para a criança com paralisia cerebral que freqüenta regularmente o ambulatório ou a clínica.

A intervenção fisioterapêutica na área de pediatria tem como base a avaliação, o planejamento e a execução do programa, as orientações, e as reavaliações periódicas. Nesse sentido, Yagüe Sebastian e Yagüe Sebastian (2002) reforçam que a avaliação e o trabalho sistematizado levam à intervenção mais eficaz, o que promove a correta valorização da fisioterapia pelos profissionais envolvidos no âmbito educativo.

O início da intervenção fisioterapêutica geralmente ocorre por meio da avaliação. Nessa fase busca-se identificar as limitações, as dificuldades, as alterações, as capacidades, os interesses e as necessidades da criança. Gusman e Torre (1998) recomendam que na avaliação devem ser observados e analisados todos os aspectos, motor, sensorial, cognitivo, comportamental, etc já que estes funcionam de maneira integrada. A partir da avaliação, deve ser elaborado o programa terapêutico, de acordo com as necessidades da criança, em conjunto com os pais. A intervenção fisioterapêutica tem como principais objetivos: estimular o desenvolvimento sensório-motor, proporcionar experiências motoras adequadas e promover a funcionalidade na criança.

Vários métodos podem ser utilizados na intervenção fisioterapêutica:

- Tratamento neuroevolutivo – Bobath;
- Integração sensorial;
- Educação condutiva – Petö;
- Reeducação postural global;
- Facilitação neuromuscular proprioceptiva – Kabat;
- Estimulação sensorial para ativação e inibição – Rood;
- Reflexo de arrastar e outras reações reflexas – Vojta;
- Outros.

Além disso, existem inúmeros exercícios cinesioterapêuticos que contribuem para a recuperação física e funcional da criança. Ainda, podem ser utilizados equipamentos (bolas, rolos, bancos, esteiras, planos inclinados, espelhos, andadores, prancha de equilíbrio, carrinhos, faixas elásticas e outros) e brinquedos, que irão auxiliar na realização do atendimento fisioterapêutico. A seleção do método e de equipamentos a serem utilizados, bem como a frequência do atendimento fisioterapêutico, devem ser baseados nas condições e características individuais de cada criança e nas metas estabelecidas, sendo comum a combinação de vários métodos na busca de sucesso na intervenção (STYER-ACEVEDO, 2002).

Um outro importante recurso na intervenção fisioterapêutica é a orientação, visto que ela auxilia o alcance das metas estabelecidas, promove a adesão ao tratamento e favorece a aprendizagem de comportamentos desejados (FUJISAWA et al., 2002).

Os resultados da intervenção fisioterapêutica em crianças são influenciados pelo comprometimento apresentado e pelo método utilizado. Levitt (2001) refere que a personalidade, a inteligência e a motivação da criança e o seu ambiente doméstico, bem como o entusiasmo, a personalidade e a habilidade do fisioterapeuta, também exercem grande influência nos resultados do tratamento. Assim, faz-se necessário que o fisioterapeuta esteja atento às respostas obtidas durante todo o atendimento e à evolução funcional, para que possa avaliar se o programa de tratamento proposto está adequado às necessidades e às condições da criança. Caso sejam identificados problemas ou falhas, modificações ou adaptações devem ser realizadas.

O modelo de intervenção baseado na avaliação, no planejamento e na execução do programa terapêutico, nas orientações e nas reavaliações pode ser comparado a um processo educacional. Outro fato que denota a existência do processo de ensino aprendizagem refere-se ao próprio objetivo da intervenção de ensinar posturas e movimentos funcionais, que, posteriormente, devem ser incorporados nas atividades da vida diária da criança. A possibilidade de utilizar as experiências motoras proporcionadas pela intervenção fisioterapêutica em outros contextos, como, por exemplo, na escola ou na sua casa, somente ocorrem quando houver aprendizagem. Assim, tanto o processo de intervenção, quanto o próprio objetivo terapêutico, revelam o papel do fisioterapeuta como “educador e/ou reeducador” no trabalho com crianças.

Tal papel também é demonstrado por Chase et al. (1993) quando, discutindo a definição do que é fisioterapia, proposta pela American Physical Therapy Association, ressaltam a atuação do fisioterapeuta como a de um professor, devido às características das ações envolvidas no seu trabalho, e consideram que a educação do paciente é um ponto crítico da intervenção. Porém, para redimensionar a atuação do fisioterapeuta como educador é preciso compreender a educação no sentido amplo da palavra, que, segundo Zaporózhets (1987), não se reduz à formação de ações e conceitos isolados, mas corresponde à organização de toda a vida e da atividade da criança.

O fisioterapeuta como educador e/ou reeducador corresponde ao papel de mediador do desenvolvimento da criança, descrito por Vigotskii (1988) na teoria histórico-cultural. Essa questão educacional implica em que os processos de aprendizagem conscientemente dirigidos ou mediados pelo educador são qualitativamente superiores. A principal referência da teoria histórico-cultural são as obras de Vygotsky², mas os trabalhos elaborados por Leontiev, Luria, Galperin, Elkonin, Davydov, Zaporózhets, Bozhóvich e Poddiákov também são fundamentais à compreensão da teoria.

Na teoria histórico-cultural, destacam-se aspectos como: a influência das experiências vivenciadas no comportamento; a repercussão das interações sociais; os conceitos de atividade principal e de zona de desenvolvimento próximo; os períodos sensíveis ao desenvolvimento; a intencionalidade na ação do mediador; a importância da motivação, da

² O nome Vygotsky pode ser encontrado como Vigotski, Vigotskii, Vygotski e Vygotsky. Neste trabalho optou-se pela grafia Vygotsky, porém nas citações e referências bibliográficas foi mantido conforme o texto original.

vontade, e do brincar; o desenvolvimento dos sentimentos e da percepção; e a educação orientada pelos princípios democráticos e humanísticos. A compreensão dos conceitos de atividade principal, zona de desenvolvimento próximo e período sensível são fundamentais àqueles que trabalham com a aprendizagem infantil.

Leontiev (1988b) caracteriza atividade principal por meio de três características: em sua forma surgem outros tipos de atividade os quais dela são diferenciados; os processos psíquicos particulares tomam forma ou são reorganizados; e dela dependem as principais mudanças psicológicas da personalidade infantil, observadas em um certo período de desenvolvimento. Segundo o autor (1988b), a mudança no tipo de atividade principal e a transição de um estágio de desenvolvimento para outro é decorrente da necessidade interior que está surgindo na criança.

A zona de desenvolvimento próximo corresponde ao que a criança realiza somente com o auxílio do adulto. Já o nível de desenvolvimento atual se relaciona com as atividades realizadas pela criança de forma independente e autônoma. Assim, o potencial de desenvolvimento está na diferença entre a zona de desenvolvimento próximo e o nível de desenvolvimento atual, ou seja, o que a criança realiza hoje com o auxílio do adulto poderá fazê-lo por si só amanhã (VIGOTSKII, 1988).

Venguer (1986) aponta para a existência dos períodos sensíveis, que corresponde ao momento em que determinadas influências educativas atuam mais efetivamente no curso do desenvolvimento psíquico. Dessa forma, a possibilidade de

aprendizagem será maior no período em que a qualidade psíquica estiver sendo formada.

Todos esses aspectos abordados pela teoria histórico-cultural podem ser relacionados com o papel do fisioterapeuta como mediador do desenvolvimento, e contribuir para uma maior efetividade no processo de ensino aprendizagem no seu trabalho com crianças (FUJISAWA, 2002). Vale destacar que várias considerações acerca da aprendizagem infantil da teoria histórico-cultural podem ser aplicadas na intervenção fisioterapêutica, seja em relação a avaliação, seja em relação ao programa a ser desenvolvido.

Segundo Davydov (1995), o professor deve conhecer a atividade individual da criança, a sua dinâmica social e as possibilidades de desenvolvimento de atividades pedagógicas. Por isso, o seu trabalho é complexo. Também o fisioterapeuta deve conhecer a individualidade da criança e a sua realidade, para que possa proporcionar uma intervenção dentro de suas necessidades e potencialidades. Duarte (1996) recomenda que, ao se analisar o desenvolvimento de uma criança, é necessário considerar a zona de desenvolvimento próximo, e não se deter somente naquilo que já amadureceu, mas também naquilo que ainda está em processo de formação.

Venguer (1986) sugere que no planejamento da educação infantil sejam considerados alguns aspectos: evolução das atividades de simples para complexas; adequação do ensino à idade e/ou nível de desenvolvimento; consideração da capacidade de aprendizagem da criança; dosificação das

influências educativas e a sua variação; ensino não-espontâneo e vinculado aos objetivos; processo de ensino aprendizagem ativo; e utilização do lúdico como recurso. Da mesma forma, segundo Davies (1997), Carrière (1999), Umphred (1994) e Winstein (1995), na elaboração do programa de intervenção fisioterapêutica, devem ser considerados a avaliação e os objetivos propostos, a seqüência das atividades, o grau de dificuldade, a intenção de movimento, a aquisição de habilidades, a seleção de métodos e técnicas, a participação ativa, as necessidades individuais e as diferenças individuais.

Dessa forma, fica claro que o processo de ensino aprendizagem exige a avaliação individualizada da criança e o planejamento das atividades a serem desenvolvidas, seja no âmbito educacional escolar, seja no âmbito da fisioterapia, e que a atuação do professor e do fisioterapeuta devem ser intencionais a fim de alcançar as metas estabelecidas.

Outra importante questão, que leva a incorporação da teoria histórico-cultural na intervenção fisioterapêutica de crianças, fundamenta-se nos estudos desenvolvidos na área de neurociências, tais como os de Keller, Weintraub e Miyashita (1996), Seitz e Freund (1997), Annunziato (2000), demonstrando que as experiências e as aprendizagens podem modificar o funcionamento do sistema nervoso central. Oliveira, Salina e Annunziato (2001) relatam que a interação com o meio ambiente pode provocar modificações estruturais e funcionais no sistema nervoso central, e acrescentam que a reabilitação física, por meio dos métodos de tratamento, aplicada adequadamente, contribui para o fenômeno da neuroplasticidade. Na teoria histórico-cultural, Vigotski (1995a) afirma que ocorre a

criação de vias colaterais no mecanismo de adaptação no desenvolvimento de crianças deficientes, fato que está sendo comprovado nos estudos referentes à neuroplasticidade. A união das bases neurofisiológicas com uma teoria de aprendizagem afim constitui-se em uma associação que pode tornar a intervenção fisioterapêutica mais efetiva.

Os estudos desenvolvidos na área de neurociências e a teoria histórico-cultural destacam a importância do meio ambiente e das interações no desenvolvimento infantil. Malmskog e McDonell (1999) enfatizam a importância de um ambiente variável para a aprendizagem infantil e sugerem alguns cuidados, tais como pausa entre as atividades, modificações na sala de atendimento, acesso a brinquedos, atividades selecionadas pela criança.

Mais especificamente, Abbott et al. (2000) ressaltam a contribuição de um ambiente físico e social favorável no desenvolvimento motor da criança. Em relação ao desenvolvimento do controle postural, Berger (1998) refere que a escolha da maioria dos padrões apropriados é modulado pelas experiências da criança. Assim, o ambiente em que se desenvolve o atendimento fisioterapêutico deve ser rico e favorável a experiências sensório-motoras, o que contribuirá não somente para a evolução do comportamento motor, mas também do desenvolvimento integral da criança.

Nesse sentido, as salas de atendimento devem dispor de brinquedos, e os fisioterapeutas devem, sempre que possível, utilizar os jogos e as brincadeiras com finalidade terapêutica durante o atendimento à criança. A

presença do lúdico nas atividades pedagógicas, na perspectiva da teoria histórico-cultural, é recomendada devido a sua própria importância como recurso didático, à inclusão de uma atividade significativa à criança, e ao respeito aos princípios humanísticos e democráticos na educação.

2.2 Jogos e Brincadeiras: Um Recurso no Atendimento Fisioterapêutico de Crianças

Diversos autores na área da fisioterapia em pediatria recomendam a utilização dos jogos e das brincadeiras. O acerto da proposição pode ser observada na prática clínica, nos diversos contextos em que ocorrem os atendimentos. Ratliffe (2000) ressalta que os brinquedos e os jogos são componentes essenciais no atendimento de crianças, e que a sua utilização de maneira correta torna a fisioterapia eficaz. As recomendações sobre a utilização do lúdico nos atendimentos fisioterapêuticos apontam para a necessidade de participação e motivação, da criação de um contexto para os movimentos solicitados, da interação entre o fisioterapeuta e a criança, do favorecimento do desenvolvimento global, ou também, como uma estratégia para evitar o choro durante a execução dos procedimentos. Mitre (2000) relata que um importante aspecto da brincadeira é a possibilidade da criança adoecida deparar-se novamente com as suas potencialidades.

Segundo Burns e Macdonald (1999), o brincar deve ser utilizado, ao máximo, em todos os procedimentos fisioterapêuticos, como uma estratégia útil para incentivar a participação da criança para realizar as atividades desejadas. Vale destacar que, quando as atividades lúdicas são dirigidas pelo adulto com o objetivo de promover e potencializar a aprendizagem, surge a dimensão educativa (KISHIMOTO, 1995). Dessa forma, os jogos e as brincadeiras podem estar presentes tanto na avaliação, quanto nos atendimentos fisioterapêuticos.

Gusman e Torre (1998) recomendam que durante a avaliação sejam realizadas brincadeiras e haja um ambiente estimulante, que desperte o movimento e a locomoção na criança, sem a necessidade do fisioterapeuta manuseá-la. Assim, será possível observar o seu comportamento motor espontâneo, visto que a própria escolha de brinquedos e das atividades desenvolvidas terão importância no conhecimento da criança. Bomtempo (2000) salienta que, quando se quer conhecer bem uma criança, devem-se conhecer seus brinquedos e suas brincadeiras. Weber e Easley-Rosenberg (2001) alertam para o fato de que, quando realizada em um ambiente não natural, por examinador desconhecido, sem itens funcionais, e carência na identificação do estilo de aprendizagem e das diversas habilidades da criança, a avaliação irá proporcionar uma representação inadequada da criança. A observação da criança deve ser realizada em ambiente que estimule a exploração e a brincadeira, permitindo, assim, que os dados obtidos por meio da avaliação clínica (amplitude de movimento, palpação, inspeção, e outros), possam ser enriquecidos (WEBER E EASLEY-ROSENBERG, 2001).

No planejamento do programa terapêutico, o fisioterapeuta deve incluir o objetivo de instrumentalizar a criança para que ela possa interagir e brincar, seja com o adulto que cuida, seja com outra criança. A esse respeito, Shepherd (1995, p. 7) refere que “a fisioterapia deve oferecer à criança deficientes condições para ela conhecer o mundo e dele participar de forma ativa”. Levitt (2001) inclui nos objetivos da intervenção fisioterapêutica, o desenvolvimento de habilidades para que seja possível brincar e participar de atividades recreacionais, uma vez que a criança aprende a função motora com essa finalidade, além da necessidade de independência e interação com pessoas e objetos.

Finnie (1980) faz sugestões sobre como é possível facilitar o brincar da criança com déficit motor, como, por exemplo: observar as dificuldades e orientar posições mais estáveis e que favoreçam a coordenação olho-mão; indicar posicionadores e adaptações que promovam melhora da função motora; auxiliar a criança na conscientização de suas mãos, pois é um requisito para a sua utilização; orientar a escolha dos brinquedos disponíveis para a criança em casa; fazer adaptações em brinquedos para tornar possível o seu manuseio; e propor atividades lúdicas para os pais realizarem com a sua criança.

Durante os atendimentos, a presença de jogos e brincadeiras deve ocorrer, mas sempre vinculada a objetivos terapêuticos e de maneira intencional e planejada pelo fisioterapeuta. Fujisawa (2000) refere que a presença do lúdico na fisioterapia, caracteriza-se como uma atividade-meio, ou seja, um recurso que tem como finalidade facilitar ou conduzir aos objetivos estabelecidos. Entretanto, Friedman (1996) revela que os jogos e as brincadeiras são estratégias

metodológicas significativas e importantes, mas que não são os únicos caminhos existentes.

Toda atividade lúdica utilizada no atendimento deve ser intencional e planejada, porém isso não significa que os jogos e as brincadeiras decorrentes da interação entre fisioterapeuta e criança sejam apenas brincar, ao contrário, podem ser adaptados para o alcance de outros objetivos fisioterapêuticos. Também é preciso considerar que, mesmo que os jogos e as brincadeiras sejam planejados, muitas vezes, não é possível prever os rumos da atividade, já que dependem de fatores internos, de motivações pessoais e de estímulos externos e da conduta da criança (KISHIMOTO, 1995). O brincar ou a atividade lúdica sem relação com respostas motoras específicas pode estar presente no atendimento, quando o objetivo a ser alcançado é a busca de interação com a criança ou mesmo a interrupção do choro, o que ocorre com frequência nos primeiros contatos com o fisioterapeuta. Portanto, o fisioterapeuta precisa ter sempre claro os seus objetivos com a criança, para que o lúdico seja um recurso terapêutico, mesmo em situações não previstas.

Diversos estudos têm reforçado a inclusão dos jogos e das brincadeiras no atendimento fisioterapêutico. A grande maioria deles relaciona o lúdico com a aprendizagem motora da criança. As crianças no seu dia-a-dia realizam tarefas que exigem desempenho motor e cognitivo simultâneos. Segundo Huang e Mercer (2001), os fatores cognitivos que mais interferem na performance motora são estimulação, atenção, memória, motivação e julgamento. Tais fatores cognitivos

podem ser suscitados mediante a inclusão de atividades lúdicas, por meio da realização de tarefas que envolvam ações intencionais da criança.

Connolly (2000) entende que o desenvolvimento motor é caracterizado por duas mudanças fundamentais: aumento de diversificação e de complexidade. Nesse sentido, Choshi (2000) sugere que as tarefas solicitadas às crianças na aprendizagem motora não sejam fixas, permitindo a introdução de modificações para que haja motivação e evolução no grau de dificuldade. Assim, os jogos e as brincadeiras propostos devem ser variáveis, considerando-se também o interesse, visto que Venguer (1986) relata que os motivos que originam uma atividade diferem de uma criança para outra.

Por outro lado, Pellegrini (2000) ressalta a importância da prática no aprendizado, caracterizada como atividade organizada que consiste na repetição de uma mesma tarefa ou ação motora, com o intuito de promover melhora na performance. Essa prática pode ser observada no trabalho pediátrico, quando a atividade proposta é motivadora para a criança, passando a ser solicitada e realizada diversas vezes, tendo como possibilidade a melhora na ação motora.

A introdução de tarefas concretas para o aprendizado motor na fisioterapia tem sido enfatizada por diversos autores, tais como Van der Weel, Van der Meer e Lee (1991), Burns e Macdonald (1999), Abbott et al. (2001), Thorpe e Valvano (2002), devido, principalmente, à contextualização e à intencionalidade do movimento executado pela criança.

A intencionalidade tem como base a criação de uma ação conseqüente, a exigência direta das coisas ou do meio circundante (VYGOTSKY, 1995b). Os movimentos realizados, decorrentes dos jogos e das brincadeiras, são intencionais e contextualizados, e não um movimento sem significado. Por exemplo, o movimento de extensão dos membros superiores para receber a bola é diferente da extensão como um exercício, pois a atividade de pegar a bola exige uma elevação dos braços simétrica, posicionamento na direção do objeto, controle postural, e fornece feedback do seu desempenho e a continuidade de movimentos para alcançar o objetivo da atividade; além disso, promove benefícios sociais e cognitivos.

Neste trabalho serão abordados apenas os jogos e as brincadeiras, apesar de Huizinga (1990, p. 41) abranger em *ludus*, “os jogos infantis, a recreação, as competições, as representações litúrgicas e teatrais e os jogos de azar”. Embora também existam várias conceituações e caracterizações de jogos e brincadeiras, inclusive a discussão de diferenças e especificidades, esses termos serão utilizados sem a preocupação de distinção e indicarão a manifestação do lúdico. A música e o cantar foram considerados como manifestação do lúdico somente nas situações de interação e associação com alguma outra atividade, como, por exemplo, o balançar no ritmo da canção. Quando o fisioterapeuta ou a criança cantavam isoladamente, enquanto algum procedimento específico era realizado não foi considerado como a manifestação do lúdico.

Quanto aos brinquedos, será considerado como suporte da brincadeira o estimulante material que faz fluir o imaginário infantil (KISHIMOTO, 1997b). Neste trabalho também não houve a preocupação de distinguir o jogo, enquanto material, do brinquedo.

3 MÉTODO

Em vista dos objetivos anteriormente propostos, foi realizado um estudo descritivo, uma vez que, segundo Triviños (1987), este tipo de estudo tem como propósito a descrição “exata” dos fatos e fenômenos de determinada realidade. Especificamente, os estudos descritivos denominados estudos de casos têm como objetivo a descrição aprofundada de determinada realidade (ANDRÉ, 1995). Dentre os vários tipos de estudo de caso, Bogdan e Biklen (1992) destacam o estudo de caso observacional, que enfoca uma organização específica ou algum aspecto da organização, tais como: local específico na organização, grupo de pessoas específicas e alguma atividade em particular. Assim, pode-se denominar o estudo descritivo realizado de estudo de caso observacional, visto que os participantes envolvidos na pesquisa eram estagiários do quarto ano do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina, tendo sido o foco a utilização dos jogos e das brincadeiras no atendimento ambulatorial de crianças.

A seguir são apresentados: as características dos participantes, o contexto do estágio supervisionado, a descrição do ambiente físico, a relação dos materiais disponíveis, os procedimentos para as coletas de informações (I – observação sistemática e II – anotação da evolução do prontuário), e por último, o tratamento e a análise dos dados.

3.1 Participantes e o Contexto do Estágio Supervisionado

Participaram dessa pesquisa 6 (seis) acadêmicas, todas do sexo feminino, do quarto ano do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina. As atividades acadêmicas previstas para o quarto ano do curso de graduação em Fisioterapia eram os estágios, conforme a grade curricular proposta no catálogo dos cursos de graduação da Universidade Estadual de Londrina (1999), portanto os participantes eram estagiárias. Além disso, participaram somente as estagiárias que concordaram voluntariamente com a observação de seus atendimentos fisioterapêuticos à criança.

Vale destacar que as estagiárias observadas cursaram disciplinas referentes à Fisioterapia em pediatria ministradas por professores fisioterapeutas que, em sua grande maioria, obtiveram a graduação na Universidade Estadual de Londrina, e eram orientados por dois professores fisioterapeutas no estágio, também graduados na mesma instituição de ensino superior, apontando para uma situação específica em relação à formação acadêmica das participantes.

Mais especificamente, no estágio supervisionado nas condições gineco-obstétricas e pediátricas, os acadêmicos realizavam um rodízio interno, já que nessa disciplina havia ainda a possibilidade de vários campos, tais como ambulatório de ginecologia e obstetrícia, ambulatório de acompanhamento de gestantes, enfermaria de ginecologia e obstetrícia, berçário e ambulatório de pediatria e enfermaria de pediatria. Dessa forma, os acadêmicos durante a

realização do estágio supervisionado nas condições gineco-obstétricas e pediátricas passariam por somente dois campos específicos de atuação na área devido ao rodízio interno. Em razão do objetivo da pesquisa, foram observados apenas os estagiários que cursavam o Estágio Supervisionado às Condições Gineco-Obstétricas e Pediátricas e realizavam essa disciplina no ambulatório de Fisioterapia em Pediatria do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

Todas as participantes observadas pertenciam ao grupo B, tendo cada rodízio três estagiárias, que realizaram o estágio, no ambulatório de fisioterapia em pediatria, durante o período de 05/04/99 a 16/05/99 e 17/05/99 a 27/06/99. A escolha do grupo B para a observação ocorreu devido ao período de realização do estágio, ou seja, as participantes nesse momento já haviam realizado um primeiro estágio em outra área, portanto estariam adaptadas à rotina de atendimentos. Outro fator que determinou a escolha do grupo B foi que a observação não poderia ser realizada no segundo semestre, pois nesse período é comum faltas e licenças de estagiários para a participação em eventos e concursos, o que comprometeria a coleta de informações.

3.2 Descrição do Ambiente Físico e Relação dos Materiais Disponíveis

A observação sistemática ocorreu no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina, mais especificamente, no ambulatório de Fisioterapia. A área destinada ao atendimento de crianças, no

ambulatório de Fisioterapia, era constituída de três salas: sala I, sala II e consultório, conforme a descrição na planta física (Anexo 1). A sala I media 6,85 x 3,85 metros, continha dois tablados (1,80 x 1,80 m.) dispostos paralelamente, com espelhos (1,10 x 0,88 m.) próximos fixados na parede, um suporte de bolas fixado no teto, um ventilador de teto, uma pia, e dois armários (um pequeno de 1,70 x 0,70 m. e um grande de 2,30 x 0,90 m.). O pequeno armazenava os brinquedos e o grande, os materiais (planos inclinados de espuma, posicionadores de cabeça e travesseiros). A sala II media 5,85 x 3,85 metros, continha dois tablados (um de 1,60 x 1,50 e outro de 1,70 x 1,80) dispostos paralelamente, também com espelhos (90 x 1,10 m.) próximos fixados na parede, um ventilador de teto e um espaldar (1,50 x 0,70 m.) fixado na parede. O consultório media 3,85 x 3,00 metros, continha um tablado (1,60 x 1,50 m.) e uma mesa com superfície de vidro, uma pia, e um armário (1,70 x 1,70 m.) que armazenava as fichas de avaliações e formulários.

Preferencialmente, utilizou-se a sala II para a observação do atendimento realizado pela participante. A opção pela sala II ocorreu devido às condições de iluminação (ambiente mais claro), menos circulação de outras pessoas, e menor incidência de ruídos, porquanto, geralmente, apenas uma criança era atendida nessa sala.

Vários tipos de materiais estavam disponíveis para a realização do atendimento de crianças, sendo uma parte específica para a fisioterapia (rolos, bolas, andadores, pranchas de equilíbrio, e outros); a outra parte era constituída de brinquedos (bonecas, carrinhos, bolas, jogos de encaixe, e outros). Todos os materiais disponíveis para o atendimento fisioterapêutico de crianças foram

levantados e listados (Apêndice 1); além disso, os brinquedos foram classificados de forma simplificada, conforme a proposta de Garon (1998) .

3.3 Procedimentos para Coleta de Informações

A coleta de informações foi realizada por meio de observação sistemática, registrada pela filmagem. Segundo Danna e Matos (1986), quando planejada e conduzida em função de um objetivo previamente estabelecido, a observação é considerada como sistemática. Dessa forma, a observação realizada nessa pesquisa é sistemática, pois foi planejada e realizada em condições naturais, de forma objetiva e conforme os objetivos propostos. Vale destacar que pesquisadores da Fisioterapia e de áreas afins, tais como Wong (1998), Alencar et al. (1999), Jensen et al. (2000) e Knudson e Morrison (2001) também utilizaram a análise de dados observacionais em seus trabalhos.

A opção de utilizar um recurso técnico para o registro da observação, por meio da filmagem, ocorreu em razão da possibilidade de assistir o fenômeno observado repetidas vezes. Neto (1994) ressalta que o uso da filmagem, como recurso de registro, vem sendo cada vez mais difundido, já que proporciona a documentação de momentos ou situações. Já Dessen (1995) destaca o fato de possibilitar a observação repetida do fenômeno, o que torna a tecnologia de vídeo um importante recurso para melhorar o consenso intra e entre os observadores, além disso, amplia a perspectiva inicial, ou seja, permite a reconstrução ativa do

material gravado. Algumas limitações técnicas do vídeo são apontadas por Dessen (1995), como o alcance limitado do campo da filmadora e a redução para duas dimensões de uma informação tridimensional.

Tal procedimento, isto é, a observação sistemática, permitiu a descrição do fenômeno em foco, que correspondia à utilização dos jogos e das brincadeiras pelos estagiários de Fisioterapia nos atendimentos de crianças. A observação sistemática também permitiu a descrição do contexto (ambiente físico e social) e das circunstâncias (nível de interação entre terapeuta e paciente, durante o choro da criança, necessidade de realizar uma conduta e alcançar o objetivo terapêutico estabelecido) envolvidas na utilização dos jogos e das brincadeiras. Cunha (1976) e Fagundes (1999) referem que as circunstâncias e os contextos envolvidos devem ser descritos, com a finalidade de verificar a relação causal com o fenômeno em questão.

Outro procedimento utilizado na coleta de informações, com o objetivo de complementar a observação sistemática, foi a anotação das evoluções no prontuário das crianças atendidas pelas participantes. Tal anotação teve o intuito de possibilitar a identificação dos objetivos estabelecidos e da conduta realizada, pela participante observada, no atendimento fisioterapêutico da criança.

Em relação às coletas de informações, a observação sistemática e a anotação das evoluções do prontuário foram realizadas no ano de 1999, por tratar-se de uma pesquisa iniciada na elaboração da dissertação *“Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de crianças: implicações*

na formação do fisioterapeuta". As informações coletadas no ano de 1999 foram utilizadas nesta pesquisa, já que as condições estruturais permaneceram inalteradas, ou seja, não ocorreram modificações significativas nas rotinas do estágio e no currículo do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina.

A seguir estão descritos todos os cuidados iniciais e os procedimentos adotados para a realização da observação sistemática, bem como o registro da evolução nos prontuários das crianças atendidas.

3.3.1 Cuidados e procedimentos iniciais

Atendendo aos pressupostos da Resolução CNS 196/96 de Pesquisas em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado um termo de consentimento esclarecido (Apêndice 2), que continha os seguintes itens: título, justificativa, objetivos, procedimentos, desconfortos e riscos previstos, benefícios esperados, informações adicionais a respeito do estudo, confiabilidade do estudo e acesso às informações obtidas. A última página do termo continha espaço para o consentimento, através da assinatura ou impressão datiloscópica, dos pais e/ou responsável pela criança, da estagiária, e do professor fisioterapeuta e o compromisso da pesquisadora para fornecer todas as informações referentes ao estudo a todos os envolvidos. O projeto de pesquisa e o termo de consentimento esclarecido foram encaminhados ao Comitê de Bioética do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Ambos foram aprovados sem restrições, conforme Ofício 007/02.

Todas as observações sistemáticas realizadas foram precedidas de fornecimento de informações, relativas à pesquisa, e leitura do termo de consentimento aos pais e/ou responsável pela criança atendida pela participante. Posteriormente, foi solicitado aos pais e/ou responsável pela criança o consentimento, sendo uma via fornecida também aos pais nesse momento. Apesar de não constar em, no termo de consentimento esclarecido, todas as crianças envolvidas, que tinham compreensão e possibilidade de comunicação, foram questionadas e permitiram a observação do atendimento fisioterapêutico.

A observação sistemática, registrada por meio de filmagem, do atendimento fisioterapêutico de uma criança por uma estagiária do grupo A foi realizada previamente, como teste, no intuito de identificar as possíveis intercorrências que pudessem prejudicar a coleta de informações, incluindo a qualidade das imagens. A observação teste foi determinante na escolha da sala mais adequada, no posicionamento da filmadora, na colocação de um microfone próximo à participante e à criança e nas orientações que deveriam ser fornecidas às participantes. Tais orientações referiam-se: ao posicionamento da participante e da criança em relação à filmadora, de forma que fosse possível visualizar o atendimento fisioterapêutico; à informação à pesquisadora e ao técnico da Divisão de Documentação Científica, quando houvesse alteração da sala de atendimento, devido à necessidade de realizar uma conduta diferenciada ou ocorrer alguma situação específica; e à não-alteração das rotinas do atendimento fisioterapêutico ambulatorial às crianças, na medida do possível.

Todos os cuidados necessários foram tomados para que as rotinas do estágio não fossem alteradas, já que as situações naturais de atendimento eram o foco da observação sistemática. Porém, Bogdan e Biklen (1992) alertam que, apesar de todos os esforços, não é possível obter um “ambiente natural” por causa da presença do pesquisador, e orientam os pesquisadores a utilizarem o conhecimento prévio do ambiente observado, a considerarem os efeitos provocados nos participantes em questão, e a descontarem algumas informações, isto é, analisá-las levando em conta o contexto. Nessa pesquisa, a presença física da pesquisadora e do técnico da Divisão de Documentação Científica no local de atendimento não ocorreu com frequência, pois a observação sistemática foi registrada por meio da filmagem.

Antes do início do estágio do grupo B, foi encaminhado um ofício à Divisão de Documentação Científica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná solicitando o agendamento do serviço de filmagem.

No início do primeiro dia de estágio do grupo era realizado, rotineiramente, uma reunião dos estagiários com o professor fisioterapeuta responsável pela supervisão do estágio no ambulatório de fisioterapia pediátrica, com o objetivo de informar as normas, as rotinas, os procedimentos utilizados, o sistema de avaliação, as características da clientela atendida, temas a serem discutidos, etc. A pesquisadora também participou das reuniões iniciais, de cada rodízio do grupo B, para explicar sobre o projeto de pesquisa e solicitar a participação voluntária das estagiárias. Todas as estagiárias do grupo B concordaram voluntariamente em participar, inclusive o professor fisioterapeuta

dispôs-se a auxiliar, no que fosse preciso, para o desenvolvimento do projeto de pesquisa.

3.3.2 Procedimento de coleta de informações I – Observação sistemática

A observação sistemática registrada dos atendimentos fisioterapêuticos foi realizada com o auxílio do técnico da Divisão de Documentação Científica, por meio de uma filmadora (M-9000 Super VHS) fixada sobre um tripé.

Antes de iniciar o atendimento fisioterapêutico, o técnico da Divisão de Documentação Científica confirmava a sala a ser utilizada e instalava os equipamentos. O foco da filmadora era o tablado com a participante e a criança. O técnico da Divisão de Documentação Científica ligava a filmadora e se retirava do ambiente no momento em que a participante entrava na sala com a criança a ser atendida. Algumas intervenções foram necessárias, durante o atendimento fisioterapêutico, quando a participante comunicava a realização de alguma atividade com a criança fora do tablado ou da sala. Nesses casos, o técnico da Divisão de Documentação Científica acompanhava a atividade realizada fora do tablado ou em outro ambiente físico, já que a fixação da filmadora não era possível nessa situação .

A observação sistemática, registrada por meio da filmagem, foi realizada na primeira e penúltima semana de estágio, de cada rodízio do grupo B, para que fosse possível estabelecer as modificações ocorridas durante o período inicial e final do estágio supervisionado. A observação no final do estágio foi realizada na penúltima semana, pois caso ocorresse alguma falta das crianças

atendidas ou mesmo da participante, ainda assim seria possível filmá-la na última semana, o que não inviabilizaria ou reduziria a coleta de informações.

O dia de observação, na primeira semana de estágio, foi definido pelas próprias participantes e mantidos na penúltima semana, visto que o agendamento de crianças é fixo durante a semana, conforme quadro a seguir. Portanto, todos os atendimentos fisioterapêuticos realizados pela participante, no dia estabelecido para a primeira semana, foram observados e filmados.

Quadro 1 – Relação da observação da participante com o dia e mês, na primeira e penúltima semana, e o horário dos atendimentos.

Participante	Dia da semana	Horário
P1	Segunda-feira (05/04/99 e 03/05/99)	13:30 às 17:30
P2	Terça-feira (06/04/99 e 04/05/99)	8:00 às 12:00
P3	Quinta-feira (08/04/99 e 06/05/99)	8:00 às 12:00
P4	Segunda-feira (17/05/99 e 14/06/99)	13:30 às 17:30
P5	Terça-feira (18/05/99 e 15/06/99)	8:00 às 12:00
P6	Quinta-feira (20/05/99 e 17/06/99)	8:00 às 12:00

Na penúltima semana, foram mantidos os dias estabelecidos para cada participante. Observaram e registraram somente os atendimentos fisioterapêuticos das crianças que tinham vindo na primeira semana. Ou seja, foram consideradas somente as observações dos atendimentos das crianças que vieram na primeira e penúltima semana e realizados pelas mesmas participantes.

O total de atendimentos filmados foi de vinte e seis, treze eram da primeira semana e os demais da penúltima semana, tendo sido utilizadas onze fitas de vídeo VHS, de duas horas de duração. Os atendimentos realizados pelas participantes, que foram considerados e analisados, estão demonstrados no quadro a seguir.

Quadro 2 – Relação das participantes observadas e das crianças atendidas com diagnóstico, idade e correspondentes.

Participante	Crianças	Diagnóstico	Idade	Sexo
Participante 1 (P1)	Criança 1 (C1)	Paralisia obstétrica	11 m.	F
	Criança 2 (C2)	Síndrome do cromossomo 8	11 a.	M
Participante 2 (P2)	Criança 3 (C3)	Paralisia cerebral: ataxia	4 a.	M
	Criança 4 (C4)	Paralisia cerebral: quadriplegia espástica grave	9 a.	F
Participante 3 (P3)	Criança 5 (C5)	Paralisia cerebral: quadriplegia espástica grave	3 a.	F
	Criança 6 (C6)	Distrofia muscular progressiva: fâscio-escápulo-umeral	7 a.	F
Participante 4 (P4)	Criança 5 (C5)	Paralisia cerebral: quadriplegia espástica grave	4 a.	F
	Criança 7 (C7)	Mielomeningocele	4 a.	F
	Criança 8 (C8)	Paralisia cerebral: diplegia	7 a.	M
Participante 5 (P5)	Criança 3 (C3)	Paralisia cerebral: ataxia	4 a.	M
Participante 6 (P6)	Criança 9 (C9)	Anteversão do colo femural	9 a.	M
	Criança 10 (C10)	Paralisia cerebral: diplegia	8 a.	F
	Criança 11 (C11)	Mielomeningocele	7 a.	M

As crianças C3 e C5 foram atendidas pelas participantes P2 e P3, e posteriormente, por P5 e P4, respectivamente. Tal fato ocorreu devido ao rodízio do grupo B, em que mudavam as estagiárias e as crianças eram as mesmas em seus horários de atendimento. A observação da participante P3, atendendo a criança C6,

foi realizada na última semana de estágio, devido à falta de C6 na penúltima semana.

Dois incidentes aconteceram durante a filmagem, mas que não interferiram na coleta de informações. O primeiro referiu-se à perda do início do atendimento da participante P6 à criança C9, visto que o posicionamento inadequado da filmadora na sala não permitiu o enquadramento do que estava sendo realizado. Porém, esse período de atendimento inicial que não foi filmado continha apenas a reavaliação postural, em que a criança C9 permanecia na posição estática de pé, ou seja, nenhum procedimento associado ao jogo e brincadeira estava sendo realizado no momento. O segundo incidente ocorreu por causa da interrupção momentânea do fornecimento de energia elétrica ao setor de fisioterapia, em razão da sobrecarga na rede elétrica, durante o atendimento realizado pela participante P6 à uma criança. Esse incidente, não inviabilizou a coleta de informações, mas o atendimento realizado pela participante P6 não foi utilizado, pois a criança faltou na penúltima e última semana.

A duração dos atendimentos fisioterapêuticos da primeira semana variou de 28 a 62 minutos e, na penúltima semana, de 30 a 47 minutos. Os atendimentos realizados na primeira semana tiveram duração média de 42 minutos e os da penúltima semana, 38 minutos. Ao final, foram obtidas 9 horas e 10 minutos de gravação na primeira semana e 8 horas e 43 minutos na penúltima semana, perfazendo um total de 17 horas e 53 minutos. A duração dos atendimentos de cada participante às crianças está demonstrado no quadro a seguir.

Quadro 3 – A duração dos atendimentos fisioterapêuticos realizados pelas participantes às crianças.

Participante	Criança atendida	Duração do atendimento – primeira semana (minutos)	Duração do atendimento – penúltima semana (minutos)
P1	C1	28	30
	C2	30	36
P2	C3	55	40
	C4	42	47
P3	C5	39	36
	C6	62	47
P4	C5	49	41
	C7	47	36
	C8	34	30
P5	C3	40	45
P6	C9	42	43
	C10	37	43
	C11	41	32

Após a conclusão da observação sistemática, registrada por meio da filmagem, foi solicitada a realização de cópias das onze fitas de vídeo à Divisão de Documentação Científica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. A necessidade de solicitar cópias do material gravado surgiu da possibilidade de que ocorressem extravios ou mesmo danos às fitas de vídeo, e da necessidade de manuseio constante durante o desenvolvimento da pesquisa.

3.3.3 Procedimento de coleta de informações II – Anotação da evolução no prontuário

Em busca de informações complementares, foram anotadas todas as evoluções nos prontuários das crianças atendidas, obtidas no dia da observação, realizada pelas participantes. Mais especificamente, esse procedimento foi adotado para que fosse possível obter informações quanto aos objetivos estipulados e às

condutas³ realizadas pela participante no atendimento fisioterapêutico. Nesse sentido, Dessen e Borges (1998) recomendam que outras técnicas de coleta de dados sejam empregadas, de maneira complementar ou principal, em conjunto com a observação do comportamento visando favorecer a melhor compreensão do fenômeno estudado.

Durante a coleta de informações II – anotação da evolução no prontuário, observou-se que as descrições realizadas pelas participantes do atendimento fisioterapêutico eram incompletas. As evoluções continham apenas tópicos, tais como reavaliação fisioterapêutica ou interação entre terapeuta e paciente, ou seja, não eram descritivas. Além disso, nem sempre os objetivos foram citados e, quando citados, não estavam relacionados com a conduta descrita. Portanto, foi necessário intervir, no sentido de solicitar que as evoluções nos prontuários fossem descritas de maneira mais completa e detalhada.

3.4 Amostragem de Evento

Dessen e Borges (1998) denominam o método de amostragem como uma amostra selecionada e definida do comportamento do sujeito. Os autores destacam como importantes na coleta a duração, a frequência e a descrição do comportamento em questão, preservando, ainda, o contexto em que ocorre. Baseado na discussão sobre o trabalho de Dessen e Borges (1998) e no

³ O termo conduta, referido no texto, é utilizado na fisioterapia com o significado de procedimentos realizados durante o atendimento.

objetivo da pesquisa, optou-se pelo método de amostragem, como estratégia observacional, durante a reunião com os membros do grupo de pesquisa “Deficiências físicas e sensoriais⁴”.

A partir da definição da amostragem de evento, foi estabelecido, pelos membros do grupo de pesquisa “Deficiências físicas e sensoriais”, que deveria ser feito um recorte para a transcrição das fitas de vídeo. O recorte teria seu início quando fosse introduzido algum tipo de jogo ou brincadeira e seu término, quando essa atividade se encerrava. Para o registro e a descrição do comportamento recortado foi elaborado um protocolo de observação, apresentado a seguir.

3.4.1 Protocolo de observação

Considerando as propostas de Fagundes (1999) e de Danna e Matos (1986), foi elaborado um protocolo de observação (Apêndice 3) com duas partes: uma de apresentação e a outra de registro. A apresentação continha o título da pesquisa, o nome do pesquisador, os objetivos, geral e específicos, e o comportamento-alvo com seus critérios de ocorrência e nova ocorrência. A folha de registro I apresentava: o tipo de registro adotado, o nome do observador, a identificação da participante e da criança atendida, a data da observação, a duração do atendimento observado, a descrição do ambiente físico e social, e um quadro referente à ocorrência do comportamento em foco, dividido em três colunas.

⁴ O grupo de pesquisa “Deficiências físicas e sensoriais” realiza reuniões semanais na UNESP – Campus de Marília/SP, sob a coordenação do Prof. Dr. Eduardo José Manzini.

A primeira parte, a de apresentação, teve como objetivo identificar a pesquisa desenvolvida e facilitar a visualização e relação dos objetivos com os dados a serem descritos.

A apresentação também teve como objetivo delimitar o comportamento alvo da pesquisa, a utilização de jogos e brincadeiras pelas participantes, durante o atendimento fisioterapêutico à criança. Segundo Fagundes (1999), o comportamento precisa ser bem definido e delimitado previamente, no intuito de facilitar o trabalho do observador e, assim, favorecer a concordância entre os observadores quanto a sua ocorrência. Os jogos e as brincadeiras foram caracterizados como atividades que se associam ao brincar e se relacionam à infância. O fato de a atividade acontecer sem a presença do brinquedo e ter sido iniciado ou proposto pela criança ou pela participante não interfere na caracterização de jogo e brincadeira. Ainda, foram considerados como brinquedos os objetos e/ou materiais que se constituem como meios para brincar e que estejam vinculados à ludicidade.

Devido à amplitude do comportamento-alvo e à diversidade, foram explicitados alguns exemplos de jogos e brincadeiras que poderiam ser encontrados: faz-de-conta, esconde-esconde, serra-serra, alcançar um brinquedo, apresentar e/ou balançar um chocalho, montar quebra-cabeça, encaixar ou empilhar peças, montar torre, pregar peças, apertar brinquedos de borracha, montar casa, etc. Além disso, não houve a preocupação em discriminar jogos de brincadeiras, pois ambos são considerados como parte das atividades lúdicas.

Por último, foi estabelecido como nova ocorrência a interrupção do comportamento-alvo com intervalo maior que 3 segundos. Ocorrendo diversamente, isto é, se o jogo ou a brincadeira fosse interrompido e se retornasse em menos de 3 segundos não seria considerado como nova ocorrência, mas sim como uma continuidade da atividade em si. Outra situação que se caracterizou como uma nova ocorrência referiu-se à modificação de uma atividade para outra, e à mudança de recurso e/ou brinquedo utilizado no jogo ou brincadeira. Ainda, não foram considerados como ocorrência os jogos e brincadeiras que se praticavam na presença da professora supervisora, visto que tais atividades geralmente eram realizadas ou orientadas pela professora supervisora.

Na folha de registro I constava a identificação do observador, da participante e da criança atendida e apresentava a data da observação e a duração do atendimento. Após os dados de identificação, pretendia-se buscar informações acerca do ambiente físico e social em que ocorreu a observação do atendimento fisioterapêutico. A descrição do ambiente físico se referia ao local em que foi realizada a observação como, por exemplo, tamanho da sala, disposição dos móveis, materiais disponíveis; já o ambiente social se referia às pessoas presentes no local, além do participante e da criança atendida, e na descrição da atividade geral que aí estava ocorrendo (DANNA E MATOS, 1986). Finalmente, apresentava as características do comportamento que deveriam ser descritas e um quadro a ser preenchido. A descrição de cada ocorrência do comportamento-alvo contemplava os seguintes aspectos: jogo ou brincadeira proposto, material utilizado, comportamento do estagiário, situação e/ou circunstância, procedimento fisioterapêutico associado, resposta obtida da criança. O quadro era referente às ocorrências e apresentava três

colunas: a primeira coluna, comportamento inicial da criança; a segunda coluna, comportamento do participante no jogo ou brincadeira; a terceira coluna, a resposta da criança diante do jogo ou da brincadeira. O último item do protocolo era referente ao total de ocorrências, considerando-se os critérios de ocorrência e nova ocorrência.

3.4.2 A transcrição das fitas de vídeo

Utilizando-se do protocolo de observação foi iniciada a transcrição das fitas de vídeo, sendo descritas somente as atividades que envolviam o jogo ou brincadeira, podendo ou não estar vinculadas aos procedimentos fisioterapêuticos. Ainda, nas transcrições foram utilizados os critérios estabelecidos no protocolo de observação.

Vale destacar que a transcrição das fitas de vídeo foi um procedimento de difícil realização e demorado, já que cada evento apresentava uma série de detalhes que exigiam um retorno constante das imagens gravadas, até que se conseguisse uma descrição adequada do fenômeno em foco. No decorrer das transcrições, verificou-se que a utilização da tecla “pause” de tempo em tempo, congelando as imagens gravadas, permitiam a visualização e a descrição mais detalhada do fenômeno em foco. Além disso, a transcrição das fitas de vídeo era demorada, inicialmente, devido à dificuldade de captar os detalhes e a riqueza dos comportamentos apresentados, mas tais dificuldades foram superadas ao longo da sua realização, graças ao aprimoramento da pesquisadora nas observações e descrições subseqüentes.

Quanto ao aspecto da linguagem, a descrição do comportamento-alvo foi realizada de maneira clara, exata, concisa e na seqüência em que os fatos se sucederam, conforme as orientações de Fagundes (1999) e de Danna e Matos (1986).

Também foi possível obter informações quantitativas em relação ao comportamento em foco, a utilização de jogos e brincadeiras, porquanto foram levantados dados relativos ao número e duração das ocorrências (DESSEN E BORGES, 1998).

3.4.3 Concordância intra e entre observadores

Os critérios estipulados para a seleção dos atendimentos a serem avaliados, com a finalidade de obter o índice de concordância intra e entre observadores, foram os seguintes:

- Um atendimento de cada participante, ou seja, seis atendimentos;
- Dos seis atendimentos, três atendimentos realizados na primeira semana e os outros três na penúltima semana de estágio;
- Dos três atendimentos da primeira semana e da penúltima semana de estágio, um atendimento era de fácil observação e descrição, outro de média dificuldade de observação e descrição, e o último de difícil observação e descrição. Tal classificação em fácil, média e difícil observação e descrição foi realizada tendo-se como parâmetro a complexidade e a quantidade das ocorrências no atendimento.

Assim, seis atendimentos fisioterapêuticos foram selecionados: os três da primeira semana eram de P2 à C4 (fácil), de P3 à C6 (média), de P1 à C1 (difícil); e, os da penúltima semana eram de P6 à C9 (fácil), de P4 à C7 (média), de P5 à C3 (difícil). Após a seleção foi solicitada a edição desses atendimentos à Divisão de Documentação Científica.

A seleção de juízes teve como critério a experiência em desenvolvimento de estudos observacionais. Dessa forma, foram selecionados dois juízes, um fisioterapeuta e um psicólogo. Ambos já haviam desenvolvido estudos observacionais. Os juízes receberam a fita de vídeo, contendo a edição dos seis atendimentos selecionados e uma pasta. A pasta continha a primeira parte do protocolo de observação: a apresentação da pesquisa e o comportamento-alvo, incluindo os critérios de ocorrência e novas ocorrências, a orientação para juízes de ocorrências (Apêndice 4) e seis folhas de registro II (Apêndice 5).

A orientação para juízes continha informações relativas ao material que estava sendo entregue e ao procedimento que deveria ser realizado. Em relação ao procedimento, foram fornecidas orientações sobre o manejo técnico do vídeo e como deveriam ser realizados os registros (Apêndice 4). Os registros deveriam informar a quantidade de ocorrências e o intervalo de tempo em horas, minutos e segundos, ou seja, em quais seqüências de cenas ocorriam a utilização de jogos e brincadeiras e o seu respectivo início e término (Apêndice 5). Ainda, foi orientado que os critérios de ocorrência e nova ocorrência fossem os mesmos definidos no comportamento-alvo apresentado no protocolo de observação.

A folha de registro II identificava o observador e o atendimento fisioterapêutico e apresentava um quadro a ser preenchido, tanto pela pesquisadora, quanto pelos juízes. O quadro apresentava uma coluna com numeração de 1 a 50 com o título de seqüência das cenas, referente às ocorrências, ao lado, uma outra coluna tinha como finalidade a marcação do intervalo de tempo do jogo e da brincadeira no atendimento, ou seja, o início e o término das seqüências das cenas em horas, minutos e segundos. A marcação do intervalo de tempo teve como objetivo identificar se a cena considerada como jogo e brincadeira, seja pelos juízes, seja pela pesquisadora, eram as mesmas ocorrências, ou seja, se havia concordância. Caso houvesse diferença superior a 10 segundos na marcação das ocorrências, o fato indicava que as cenas consideradas entre os juízes (pesquisadora/pesquisadora, pesquisadora/juiz A, pesquisadora/juiz B e juiz A/juiz B) não eram as mesmas, o que significava a discordância. Assim, buscou-se identificar o início e o término das cenas consideradas como jogos e brincadeiras para que fosse possível verificar se as ocorrências da pesquisadora e dos juízes eram compatíveis, para, posteriormente, realizar o índice de concordância.

A realização do índice de concordância teve como finalidade demonstrar que os recortes realizados pela pesquisadora não foram arbitrários, ao contrário, assemelhavam-se aos dos juízes. O índice de concordância (IC) foi avaliado utilizando-se a fórmula proposta por Fagundes (1999): $IC = (\text{concordâncias} / (\text{concordâncias} + \text{discordâncias})) \times 100$. O parâmetro comparativo aceitável intra e entre observadores, relativo às ocorrências, deverá ser igual ou superior a 70%.

A concordância intra observador refere-se à comparação dos dados obtidos pela pesquisadora, em dois momentos diferentes. A concordância intra observador foi realizada confrontando os dados obtidos na transcrição das filmagens, em que as cenas descritas correspondiam às ocorrências de jogos e brincadeiras, com a marcação dos intervalos de ocorrências (folha de registro II) dos atendimentos selecionados para a obtenção do índice de concordância com os juízes. A marcação dos intervalos de ocorrências foi feita após o término das transcrições das cenas gravadas. A concordância intra observador foi superior a 70%, portanto o índice obtido foi satisfatório.

Tabela 1 – Índice de concordância intra observador obtido por meio do número de ocorrências dos dados de transcrição e da marcação dos intervalos.

Atendimentos selecionados	Dados da transcrição: número de ocorrências	Marcação dos intervalos: número de ocorrências	Índice de concordância
P2/C4	07	08	87%
P3/C6	26	27	96%
P1/C1	37	32	86%
P6/C9	00	00	100%
P4/C7	14	18	77%
P5/C3	25	26	96%

A concordância entre observadores refere-se à comparação dos dados obtidos pela pesquisadora com os dos juízes A e B. Antes de se realizar o índice de concordância entre observadores, foi verificado se os intervalos anotados pela pesquisadora e pelos juízes eram compatíveis. A marcação de tempo variou em alguns segundos, de 1 a 10, entre os dados obtidos pela pesquisadora, juiz A e juiz B, devido à diferença nas marcas de aparelho utilizados para assistir às fitas de

vídeo, que modificavam o rebobinamento das mesmas. Assim, quando as fitas de vídeo eram rebobinadas e o marcador de tempo era zerado ocorria variação no início das cenas.

Os intervalos de tempo obtidos demonstraram que as cenas consideradas pela pesquisadora e pelos juízes como jogo e brincadeira eram compatíveis. Ou seja, os intervalos que identificavam o início e o término dos jogos e das brincadeiras, registrados pela pesquisadora e pelos juízes, eram próximos. Tal situação pode ser exemplificada através da marcação de tempo de uma cena em que a ocorrência da pesquisadora iniciou em 00:00:34 e terminou em 00:00:37, e o intervalo dos juízes foram de 00:00:36 e 00:00:42 (juiz A) e 00:00:35 e 00:00:40 (juiz B).

As diferenças relativas ao número de ocorrências, entre a pesquisadora, juiz A e juiz B, foram devido à fragmentação ou não de um jogo ou brincadeira. Por exemplo, segundo o juiz A, a ocorrência número 09 aconteceu durante o intervalo de 3:46:24 a 3:51:07 e na marcação do juiz B, o mesmo jogo ou brincadeira foi considerado como 05 ocorrências – 3:47:02 a 3:48:46, 3:49:03 a 3:49:12, 3:49:25 a 3:49:41, 3:49:49 a 3:50:24 e 3:50:45 a 3:51:40. As diferenças entre os dados da pesquisadora e os juízes também se deram pelo mesmo motivo, a fragmentação ou não de um jogo ou brincadeira. Portanto, pode-se observar que a consideração de quando ocorria um jogo ou uma brincadeira durante o atendimento foi semelhante entre a pesquisadora e os juízes, diferindo apenas, em alguns casos, quanto ao número de ocorrências.

Posteriormente foi verificado o índice de concordância entre observadores, pesquisadora com juiz A e juiz B, por meio dos números de ocorrências referentes à marcação de intervalo, anotados na folha de registro II. O índice de concordância entre observadores foi verificado confrontando-se os números de ocorrências obtidos nas folhas de registro II da pesquisadora e os entregues pelos juízes. As diferenças quanto ao número de ocorrências, conforme demonstrado na marcação de intervalo de tempo, foram porque uma cena foi considerada como somente uma ocorrência e outro juiz ou a pesquisadora como uma nova ocorrência. O índice de concordância entre observadores obtido foi superior a 70%. A concordância entre observadores, juiz A com juiz B, também foi satisfatória, tendo sido obtido índice mínimo de 80% e máximo de 100%, conforme tabela a seguir.

Tabela 2 – Índice de concordância (IC) entre observadores (pesquisadora com juiz A e juiz B e juiz A com juiz B) obtido por meio do número de ocorrências identificadas na marcação de intervalo.

Atendimentos selecionados	Juiz A: número de ocorrências	Juiz A: IC com a pesquisadora	Juiz B: número de ocorrências	Juiz B: IC com a pesquisadora	Juiz A com B: IC
P2/C4	08	100%	09	88%	88%
P3/C6	31	87%	37	73%	84%
P1/C1	29	90%	28	87%	96%
P6/C9	00	100%	00	100%	100%
P4/C7	17	94%	17	94%	100%
P5/C3	24	92%	30	86%	80%

3.5 Tratamento e Análise dos Dados

Conforme sugerido por Lüdke e André (1986), o primeiro passo para o tratamento e a análise dos dados foi a elaboração de categorias. Tal proposta também é corroborada por Danna e Matos (1986), Bogdan e Biklen (1992), Kreppner (2001).

3.5.1 Elaboração das categorias de análise

As cenas gravadas foram assistidas diversas vezes, tanto para a transcrição, quanto para a marcação do intervalo de tempo das ocorrências, e assim, gradativamente, as categorias de análise foram sendo estabelecidas de acordo com os objetivos da pesquisa. Ao final, foram elaboradas quatro categorias: a manifestação dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos; o jogo e a brincadeira no atendimento fisioterapêutico; comportamento da estagiária no jogo e na brincadeira; e comparação entre a primeira e a penúltima semana de estágio na prática da utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos. Algumas categorias elaboradas apresentaram subcategorias, conforme apresentado a seguir.

A A manifestação dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos

- Ocorrências dos jogos e das brincadeiras
- Situação em que ocorrem os jogos e as brincadeiras
- Situações em que não são desenvolvidos os jogos e as brincadeiras

- Proposição da atividade
- Tipos de jogos e brincadeiras
- Recursos utilizados nos jogos e brincadeiras

B O jogo e a brincadeira no atendimento fisioterapêutico

- Função dos jogos e das brincadeiras
- Respostas obtidas com a utilização de jogos e brincadeiras
- Relação dos jogos e das brincadeiras com as características da criança atendida

C Comportamento da estagiária no jogo e na brincadeira

D Comparação entre a primeira e a penúltima semana de estágio na prática da utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos

3.5.2 Concordância entre juízes das categorias de análise

Carvalho (1996) recomenda que tanto o material coletado por meio de instrumento nas pesquisas qualitativas, quanto a sua categorização, devem ser submetidos à análise de juízes. Assim, foi elaborado material para apreciação de juízes, com a finalidade de verificar se as categorias elaboradas eram representativas. O material elaborado continha a orientação para os juízes e as categorias e suas respectivas subcategorias, sendo na seqüência fornecidos exemplos de cada possibilidade (Apêndice 6). A concordância entre juízes das categorias de análise foi realizada utilizando-se os dados transcritos, ao invés dos dados brutos (fitas de vídeo), visto que o índice de concordância intra e entre juízes obtido foi superior a 70%, demonstrando que os recortes e as transcrições não foram arbitrários.

Os juízes tinham que relacionar cada possibilidade que uma subcategoria oferecia de concordância (itens identificados em ordem alfabética) com as cenas transcritas (quadros com os comportamentos apresentados), dentre aquelas com que mais correspondia, ou seja, marcando no parênteses em branco a letra. Por exemplo, a subcategoria situação em que ocorrem os jogos e as brincadeiras tinha três possibilidades (falta de participação; durante o choro da criança; e necessidade de participação ativa da criança), na seqüência, foram apresentadas três transcrições, cabendo aos juízes identificar a correspondência. Em alguns casos, para auxiliar a compreensão e análise dos juízes foram apresentados os objetivos e as condutas do atendimento em questão.

Tanto o material elaborado, quanto o procedimento, foram discutidos com os membros da banca examinadora de qualificação, que concordaram com a forma proposta para a realização da concordância, entre os juízes, das categorias de análise. Ainda, durante a qualificação foi definido que dois juízes seriam suficientes, mas que estes obrigatoriamente deveriam ser fisioterapeutas.

Algumas subcategorias não foram submetidas à avaliação dos juízes, pois os dados decorriam do material de concordância intra e entre observadores (ocorrências dos jogos e das brincadeiras) ou se referiam à descrição de vários exemplos (tipos de jogos e brincadeiras). Já a categoria evolução na utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos também não foi submetida à avaliação dos juízes, pois os dados foram decorrentes das outras três categorias, em que foi realizada uma análise comparativa do início com o final do estágio.

Após a leitura das orientações para os juízes das categorias de análise e o fornecimento dos esclarecimentos solicitados foram iniciados os preenchimentos do material elaborado. A avaliação das categorias de análise foi realizada por dois fisioterapeutas supervisores de estágio na área, com experiência no atendimento de crianças, de maneira individualizada e em períodos diferentes de aplicação.

Os índices de concordância foram 92% e 100%, respectivamente com o juiz A e juiz B. Vale salientar que a discordância do juiz A ocorreu apenas em 2 itens de uma série de 25. Os 2 itens discordantes pertenciam à subcategoria “respostas obtidas com a utilização de jogos e brincadeiras”, provavelmente devido à proximidade entre “não consegue a resposta desejada” e “não é possível avaliar se a resposta obtida foi desejada”. Dessa forma, as categorias elaboradas foram consideradas como adequadas para a análise dos dados provenientes da observação sistemática.

3.5.3 Análise estatística

Na categoria “comparação entre a primeira e a penúltima semana de estágio na prática da utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos” foi realizada análise estatística. As variáveis numéricas (ocorrência de jogos e brincadeiras e funções terapêuticas) foram apresentadas por meio da mediana e seus quartis, sob a forma de quadros e figuras. As variáveis “recursos envolvidos, função terapêutica, respostas, relação de adequação e comportamento” foram apresentadas sob a forma de figuras. Foi utilizado o teste de

Wilcoxon para amostras pareadas para verificar a diferença estatística entre as variáveis numéricas. A significância estatística foi estabelecida em 5% ($p < 0,05$).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Manifestação dos Jogos e das Brincadeiras nos Atendimentos Fisioterapêuticos

Nessa categoria foram abordadas as manifestações dos jogos e das brincadeiras, ou seja, quantas vezes ocorreram, quais foram as situações que levaram a sua utilização, se as houve, ou não, quem propôs a atividade lúdica, que tipos de atividades foram desenvolvidos e que recursos envolvidos, no decorrer do atendimento fisioterapêutico.

4.1.1 Ocorrências dos jogos e das brincadeiras

Ao final, foram observados 26 atendimentos fisioterapêuticos de crianças, realizados por 6 participantes, durante a primeira e penúltima semana do estágio curricular. Nesses 26 atendimentos foram observadas 186 e 158 ocorrências de jogos e brincadeiras, respectivamente na primeira e na penúltima semana. Além dos jogos e das brincadeiras, ocorreram nos atendimentos fisioterapêuticos diálogos entre a participante e a criança, músicas cantadas pela participante e/ou criança ou tocada por algum brinquedo sonoro e o estalo da língua realizado pela participante diante da criança. Dessa forma, foi possível identificar que os estagiários de

Fisioterapia utilizam os jogos e as brincadeiras durante os atendimentos prestados às crianças.

Em relação ao número de ocorrências e o tempo total de manifestação das atividades lúdicas, a partir dos dados obtidos por meio do levantamento realizado pela pesquisadora dos 6 atendimentos selecionados para a concordância intra e entre observadores, constatou-se que as ocorrências variaram de 0 a 32 jogos e brincadeiras e tiveram a duração de 2 minutos e 26 segundos a 30 minutos e 58 segundos, conforme demonstrado no quadro a seguir. Vale salientar que somente nesse aspecto foram utilizados os dados obtidos nos 6 atendimentos selecionados para a concordância intra e entre observadores. Todos os dados coletados foram considerados nos itens seguintes, bem como nas demais categorias e subcategorias.

Quadro 4 – Os atendimentos selecionados para a concordância intra e entre observadores e os respectivos tempo de duração, número de ocorrências dos jogos e das brincadeiras e o tempo total de duração das mesmas.

Atendimento	Duração do atendimento	Número de ocorrências	Tempo total das ocorrências
01	42 min.	8	2:26
02	63 min.	27	30:58
03	27 min.	32	11:32
04	43 min.	0	-
05	36 min.	18	14:56
06	45 min.	26	12:54

Os jogos e as brincadeiras estiveram presentes em quase todos os atendimentos fisioterapêuticos observados, com exceção das sessões realizadas pela participante P6 à criança C9, tanto na primeira, quanto na penúltima semana. Ao contrário, os atendimentos de P1 à C1 e P5 à C3, tanto na primeira, quanto na penúltima semana, apresentaram o maior número de ocorrências de jogos e brincadeiras. A criança C9 era extremamente colaborativa às solicitações de P6, inclusive permanecia em posturas estáticas por tempo prolongado. As crianças C1 e C3 dificultavam a realização dos procedimentos fisioterapêuticos, já que C1 era um bebê com 11 meses de idade e C3 era dispersa durante o atendimento. Portanto, o número de ocorrências dos jogos e das brincadeiras parece estar relacionado com as características da criança atendida pela participante, mas é importante destacar que, mesmo quando o atendimento é possível de ser realizado sem dificuldade, o lúdico é um recurso de grande potencial para o desenvolvimento global da criança.

Apesar de não ter ocorrido a utilização do lúdico no atendimento de P6 à C9, é possível afirmar que, com frequência, ocorre a presença dos jogos e das brincadeiras nas sessões de fisioterapia. A manifestação do lúdico nos atendimentos fisioterapêuticos denota a concepção do brincar, das participantes envolvidas, como uma atividade significativa e vinculada à criança, portanto atrativa e facilitadora da interação. A concepção do brincar como atividade essencial ou ocupação principal da criança é corroborada por diversos autores, tais como Chateau (1987), Kielhofner (1990), Santos (1997), Amaral (1998), Cunha (1998a). Fujisawa (2000) refere que os participantes de seu estudo, no caso, professores supervisores de estágio em Fisioterapia, também se relacionavam ao brincar como atividade principal da criança e essencial ao seu desenvolvimento integral.

4.1.2 Situações em que ocorrem os jogos e as brincadeiras

Várias situações conduziram à manifestação dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos, sendo identificadas basicamente três: durante o choro da criança, por falta de colaboração ou permissão da criança na realização dos procedimentos e por necessidade de participação ativa da criança (Quadro 5).

Quadro 5 – Situações em que ocorrem os jogos e as brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, realizados pelos estagiários durante a primeira e a penúltima semana do estágio curricular.

Situações observadas	Primeira semana	Penúltima semana
Durante o choro da criança	03	02
Por falta de colaboração ou permissão da criança na realização de procedimentos	66	63
Por necessidade de participação ativa da criança	88	85
Total	157	150

Em 21 ocorrências, os jogos e as brincadeiras foram realizados mediante situações não claras e que não correspondiam às identificadas anteriormente, sendo 19 na primeira e 3 na penúltima semana do estágio.

Os jogos e as brincadeiras realizavam-se nas situações em que a criança chorava ou resmungava, mas sua frequência foi baixa tanto na primeira quanto na penúltima semana do estágio. As participantes apresentavam um brinquedo, sempre que a criança chorava ou resmungava, na tentativa de modificar esse

comportamento.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança em pé, segurada pelo tronco por P1. Começa a chorar.	Pega o chocalho, balança-o em frente de C1 (faz barulho).	Intensifica o choro.

A utilização de jogos e brincadeiras, durante o choro, está relacionada com a tentativa da participante de se aproximar da criança e acalmá-la, e, posteriormente, de dar continuidade à realização dos procedimentos fisioterapêuticos. Vale acrescentar que as participantes não buscaram outras formas, como pegá-la no colo ou cantar, para acalmar ou fazer cessar o choro da criança quando o brinquedo apresentado não modificava esse comportamento.

Manzini e Gonçalves (2000) também identificaram a utilização de brinquedos nos atendimentos fisioterapêuticos, realizados por estagiários, durante o choro da criança, e constataram que ocorria a modificação do comportamento da criança no decorrer das sessões. Porém, Manzini e Gonçalves (2000) enfatizam que a modificação do comportamento da criança no decorrer das sessões de fisioterapia não pode ser atribuída apenas à utilização dos brinquedos, mas a toda interação com o ambiente.

Tanto na primeira, quanto na penúltima semana do estágio, com frequência, a situação que ocasionava a presença dos jogos e das brincadeiras era a falta de colaboração da criança ou a necessidade do seu consentimento na realização dos procedimentos.

Comportamento de C5	Comportamento de P4	Comportamento de C5
Criança sentada no colo de P4.	Canta: “Atirei o pau no gato, tô, tô, ...”. Balanceia a criança ao ritmo da música.	Permite ser manuseada.

A falta de colaboração ou permissão na realização de procedimentos na primeira semana de estágio, inclusive para a avaliação, foi devido, provavelmente, à ausência de interação entre a participante e a criança verificada nos primeiros contatos. A falta de interação impede que a criança demonstre suas funções motoras e habilidades, e dificulta o contato físico entre a participante e a criança, não permitindo, portanto, a realização de testes, manuseios, posicionamentos, e estímulos.

Comportamento de C3	Comportamento de P5	Comportamento de C3
Criança sentada no tablado, encostada no espelho, com a bola nas mãos.	Diz: “Joga para mim”.	Na mesma posição, solta a bola e olha em outra direção.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança sentada no tablado, encostada no rolo.	Sentada no rolo a cavalo, diz: “Senta no cavalo, vamos brincar de cavalo!”	Deita-se no tablado.

A manifestação do lúdico durante as avaliações fisioterapêuticas são recomendadas por Weber e Easley-Rosemberg (2001), por ser importante criar um ambiente natural e estimulante à criança, para que seja possível identificar as reais habilidades e deficiências.

A utilização do lúdico decorrente da necessidade de participação ativa pode ser observada em vários atendimentos, realizados pelas participantes junto às crianças, na primeira e na penúltima semana do estágio.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança deitada em supino, cabeça em cima do plano inclinado, quadril e joelhos em flexão, pés apoiados.	Sentada de frente para C7, passa o cone à mão direita de C7 e pede para que o leve em direção ao pé esquerdo, como se fosse sentar.	Realiza a atividade proposta quatro vezes, sendo auxiliada na flexão de tronco por P4.

A utilização dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos, realizados pelas participantes (estagiárias), por falta de colaboração ou permissão na realização dos procedimentos e necessidade de participação ativa, também foi identificado por Fujisawa (2000), nos relatos dos professores supervisores de estágio em fisioterapia pediátrica. Em relação à aprendizagem, Mello (1999) relata que deve ser um processo ativo e significativo para a criança. Nesse sentido, a presença do lúdico representa a possibilidade de participação ativa e de interesse da criança, justificando a sua ocorrência nos atendimentos fisioterapêuticos.

Nos atendimentos de P2 à C4, P3 à C5 e P4 à C5, realizados na penúltima semana do estágio, não prevaleceram as situações de necessidade de participação ativa para a ocorrência dos jogos e das brincadeiras, provavelmente devido ao fato de o comprometimento motor apresentado pela criança ser grave, o que leva à menor possibilidade de atividade voluntária e ao maior número de execução de procedimentos passivos. Nesses atendimentos fisioterapêuticos de crianças com grave comprometimento motor foi observada a presença de jogos e brincadeiras, e as participantes, freqüentemente, falavam com a criança sobre os procedimentos e cantavam durante a sessão. Por seu lado, Manzini e Gonçalves (2000) relatam que os estagiários, na pesquisa desenvolvida, apresentaram dificuldade em utilizar os

recursos auxiliares, incluindo o brinquedo, e em interagir verbalmente, no atendimento a crianças com comprometimento motor mais acentuado. Os jogos e as brincadeiras desenvolvidos, bem como o relato dos procedimentos que serão realizados e o cantar, demonstraram que as participantes não tinham dificuldade em acrescentar o lúdico no atendimento a crianças com comprometimento motor grave. Além disso, a manifestação do lúdico, mesmo quando a criança não interagia, devido ao fato de ser grave e limitante o comprometimento apresentado, denota que as participantes se preocupavam em tornar o atendimento humanizado e mais agradável.

4.1.3 Situações em que não são desenvolvidos os jogos e as brincadeiras

Foram identificadas quatro situações em que os jogos e as brincadeiras iniciadas, seja pela criança, seja pela participante, não eram desenvolvidas quando: 1) a criança não colaborava com a atividade proposta; 2) não era possível associar o procedimento fisioterapêutico com o lúdico; 3) a criança interrompia a atividade para brincar; e 4) a criança recusava a atividade proposta (Quadro 6).

Quadro 6 – Situações em que os jogos e as brincadeiras não são desenvolvidos nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, realizados pelos estagiários durante a primeira e a penúltima semana do estágio curricular.

Situações que não levaram a ocorrência de jogos e brincadeiras	Primeira semana	Penúltima semana
Quando a criança não colaborava com a atividade proposta	02	-
Não era possível associar o procedimento fisioterapêutico com o lúdico	05	-
Quando a criança interrompia a atividade para brincar	01	01
Quando a criança recusava a atividade proposta	02	04
Total	10	05

Em alguns procedimentos fisioterapêuticos é necessário que a criança colabore com a sua execução e/ou permaneça estática, como, por exemplo, durante o alongamento muscular e a avaliação postural. Em tais situações, a presença ou a associação com o jogo e a brincadeira pode ser indesejada.

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Criança sentada, não colabora com a realização do alongamento muscular em membros superiores, querendo brincar com o relógio.	Diz: “Agora é hora de fazer exercício!”	Diz: “Só uma vez!”

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Criança sentada, pega um carrinho e desliza sobre o tablado.	Diz: “Agora não! Depois a gente brinca”. Inicia a avaliação postural.	Deixa o carrinho de lado, passa para a posição de pé.

Vale destacar que alguns procedimentos requerem a manutenção de um determinado posicionamento da criança por um período, enquanto o fisioterapeuta observa, alonga ou manuseia, fato que dificulta a associação com o lúdico. Nesse sentido, observa-se que prevalece o caráter terapêutico do atendimento, ou seja, a participante busca o alcance dos objetivos fisioterapêuticos propostos. O jogo e a brincadeira são utilizados como meio ou recurso que devem facilitar o alcance dos objetivos do atendimento, diferentemente da concepção do brinquedo ou brincar terapêutico.

Quando a criança interrompe a realização de algum exercício, os brinquedos são retirados com a finalidade de dar continuidade à atividade fisioterapêutica proposta. Tal fato parece ocorrer principalmente com crianças de mais idade e com capacidade de compreensão sobre a necessidade dos procedimentos fisioterapêuticos.

Comportamento de C11	Comportamento de P6	Comportamento de C11
Criança sentada recusa-se a deitar em supino, mas depois cede. Segura com as mãos peças de Lego.	Posiciona membros inferiores em flexão bilateral de quadril e joelho, retira as peças de Lego das mãos de C11 e segura C11 nas mãos fazendo-a ficar sentada e exigindo o trabalho dos abdominais. Não deixa pegar as peças de Lego, diz: "Primeiro vamos fazer!"	Quando chega a ficar novamente sentada, quer pegar as peças de Lego.

O exemplo anterior demonstra a interrupção de um exercício, devido ao interesse da criança pelo brinquedo, podendo nesse caso específico, modificar a atividade, solicitando-se que a criança pegue as peças de Lego toda vez que se posiciona sentada. Cunha (2000) ressalta que em situações de aprendizagem, a preservação do prazer na criança pode depender da habilidade da pessoa que com ela interage.

Nas três situações apresentadas anteriormente, os jogos e as brincadeiras iniciados pelas crianças foram recusados pelas participantes, pois dificultavam a realização dos procedimentos fisioterapêuticos necessários. A recusa da atividade lúdica parece também estar relacionada com as características das crianças, C8 e C11, que tinham sete anos e boa compreensão, portanto, já eram capazes de diferenciar a situação de atendimento, colaborando com a realização dos procedimentos. Outro fato que merece destaque é que as participantes, ao perceberem as situações em que a manifestação do lúdico inviabilizaria ou dificultaria

o alcance dos objetivos estabelecidos, não davam continuidade aos jogos e brincadeiras. Assim, corroboram o proposto por Friedman (1996) segundo o qual o lúdico é um importante recurso metodológico, porém não é o único caminho existente.

A atividade lúdica proposta pela participante pode não ser interessante à criança, na ocasião, por algum motivo. No exemplo a seguir, a criança recusa o brinquedo oferecido, já que está mais interessada na continuidade da conversa com a participante sobre as situações do cotidiano.

Comportamento de C10	Comportamento de P6	Comportamento de C10
Criança deitada em supino, com cabeça e tronco apoiados no tablado, e os membros inferiores apoiados em P6	Sentada em um banco de frente para C10, segura um membro inferior e realiza alongamento do músculo adutor. Interrompe o procedimento e abre a maleta com lego e aproxima de C10.	Diz: "Não quero".

A recusa do brinquedo, oferecido por P6, devido ao interesse de C10 em conversar, corresponde à observação realizada por Wajskop (1996), de acordo com qual as meninas têm preferência por brincadeiras mais verbais e menos corporais.

Outro exemplo de recusa da atividade proposta tem como motivo a gravidade do comprometimento motor, pelo fato de a criança reconhecer suas limitações funcionais, além do que, a participante não fez as adaptações necessárias às condições da criança.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada no banco, de frente para P3.	Segura a bola e pede para que C6 fique em pé e pegue a bola no alto.	Não aceita a atividade proposta. Tenta ficar de pé sozinha, mas não consegue.

A recusa da atividade proposta por P3, no exemplo anterior, está relacionada com a limitação funcional apresentada pela criança, causa da dificuldade, ou até mesmo causa obstruente da realização do que se propunha à C6. Segundo Cunha (1998b), a criança com deficiência pode recusar a atividade proposta pelo temor de fracassar. Dessa forma, a recusa de C6 está, provavelmente, relacionada ao reconhecimento de suas incapacidades e, portanto, é uma tentativa de evitar frustrações.

Por outro lado, observa-se que P3, ao propor uma atividade que a criança não é capaz de executar, na penúltima semana de estágio, ainda desconhece as capacidades e deficiências de C6. Shepherd (1995) destaca que o fisioterapeuta que trabalha com pacientes com distrofia muscular deve avaliar e reavaliar a criança, com frequência, e propor atividades que sejam passíveis de realização, evitando assim, o fracasso.

4.1.4 Proposição da atividade

Os jogos e as brincadeiras podem ser iniciados ou propostos, tanto pela criança, quanto pela participante. Quando o jogo, ou a brincadeira, é proposto pela criança, verifica-se que a proposta baseia-se no seu interesse por algo ou por algum brinquedo.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
C7 sentada a cavalo no feijão, diz: Vamos brincar de “moto”?	Diz: Como é a moto? Vrum, vrum !!! Inclina o feijão de um lado para outro, depois para frente e para trás. Diz: Isso!!	Inclina o tronco conforme o movimento do feijão, mas mantém-se sentada no feijão. Diz: Pronto! Chegamos.

A escolha de um brinquedo ou atividade pela criança para o desenvolvimento da atividade lúdica está relacionada com o seu interesse, na busca de satisfazer os seus desejos e as suas necessidades. Negrine (1999) entende que a criança, ao escolher uma atividade, baseia-se no prazer funcional e relacional, ou seja, o desejo de realizar a atividade em si e a vontade de estabelecer relação com determinado objeto ou material. Assim, a realização de uma atividade proposta pela criança, mesmo quando apropriada para a busca de objetivos terapêuticos, como no exemplo anterior, motiva C7 na sua realização.

Nem sempre o jogo ou a brincadeira propostos pela criança se realiza, visto que, às vezes, pode não ser compatível com os objetivos almejados pela participante naquele atendimento fisioterapêutico.

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Criança sentada pega um carrinho e desliza sobre o tablado.	Diz: “Agora não! Depois a gente brinca”. Inicia a avaliação postural.	Deixa o carrinho de lado e põe-se de pé.

No exemplo anterior, a atividade e o brinquedo propostos por C8 não são aceitos por P4, já que são incompatíveis com os procedimentos fisioterapêuticos a serem realizados. Verifica-se assim, que predomina o caráter terapêutico. Além da incompatibilidade da brincadeira com os procedimentos fisioterapêuticos, o não-desenvolvimento da atividade proposta por C8, mesmo em sendo na primeira semana, foi influenciado pela idade da criança (7a.). Provavelmente, a participante acredita que C8 já compreende que é necessário o atendimento e que esse é um momento de trabalho, e que o local não é próprio para brincar sem vínculo com os objetivos fisioterapêuticos. Nesse sentido, Prevedel e Manzini (1999) relatam que crianças de 7 a 11 anos, que realizam tratamento fisioterapêutico, demonstram saber que estão praticando uma terapia corporal e que esta é necessária devido à deficiência apresentada.

Quando proposta ou iniciada pela participante, a atividade geralmente tem como base o alcance de um objetivo fisioterapêutico. As atividades propostas pela participante prevalecem, principalmente, quando a criança atendida é um bebê (atendimento de P1 à C1) ou apresenta quadro motor grave e não fala (atendimentos de P3 à C5, P4 à C5 e P2 à C4).

Comportamento de C5	Comportamento de P3	Comportamento de C5
Criança sentada entre os membros inferiores de P3, de frente para o espelho. A cabeça de C5 está em extensão.	Segura a criança com o membro superior esquerdo, e pressiona o esterno de C5. Com a mão direita mostra à frente do rosto de C5 um chocalho, balança sucessivamente (faz barulho)	A cabeça de C5 sai da posição em extensão, mas faz rotação para a esquerda. Não olha em direção ao chocalho.

A participante também pode dar continuidade a um jogo ou brincadeira a partir do interesse da criança por algum brinquedo ou material, como pode ser verificado no exemplo a seguir.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Em pé, pega a bola Bobath	Pede para que jogue a bola Bobath. P1 pega a bola Bobath e joga de volta para C2.	Joga a bola Bobath em direção à P1. C2 pega a bola Bobath e joga para P1.

Os jogos e as brincadeiras iniciados pela criança têm como base o seu interesse, apresentando, conseqüentemente, maior possibilidade de despertar a sua atenção. Para Luria (1988, p. 91), “a atenção é marcada, acima de tudo, pela substituição do comportamento desorganizado e difuso por respostas organizadas e concentradas em estímulos específicos”. Assim, respeitar o interesse da criança e desenvolver alguma atividade lúdica e terapêutica podem facilitar a aprendizagem motora.

Caso a participante se baseie no interesse da criança para propor uma atividade, ela consegue, às vezes, criar um jogo ou uma brincadeira que seja lúdica e terapêutica ao mesmo tempo.

Comportamento de C11	Comportamento de P6	Comportamento de C11
Criança sentada no rolo a cavalo, aponta para as peças de Lego que estão no tablado.	Pega as peças e coloca-as na frente do rolo, inclusive a maleta. Balanceia o rolo de um lado para outro. Depois retira as peças de Lego da frente e coloca-as na lateral, solicita que C11 pegue as peças de um lado e monte do outro.	Observa e depois abaixa e pega duas peças, encaixa uma na outra e coloca-as sobre o tablado. Realiza a atividade proposta.

Outra forma de proposição identificada do jogo e da brincadeira foi a baseada na escolha oferecida pela participante à criança, como pode ser observado no exemplo a seguir.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
C3 sentado do lado de P2.	P2 pergunta para C3 se quer brincar de cavalo ou de Lego.	C3 aponta para as peças de Lego.

É preciso salientar que a escolha proporcionada pela participante, no exemplo anterior, faz-se mediante duas alternativas apresentadas à criança. Já Fujisawa (2000) relata que os professores supervisores de estágio proporcionam a escolha levando a criança, no início do atendimento, para diante do armário para que

ela selecione os brinquedos. Nos atendimentos observados não ocorreu a oportunidade de múltipla escolha; a proposta oferecida à criança era referente aos brinquedos selecionados previamente pela participante.

A atividade lúdica proposta, quando realizada pela participante, deve estar baseada nos objetivos fisioterapêuticos almejados para que se torne de fato, um recurso fisioterapêutico. Os objetivos fisioterapêuticos estão claros para as participantes, visto que elas são capazes de desenvolver atividades lúdicas adequadas e significativas para a criança. Quando a atividade lúdica é iniciada pela criança, é necessária a realização de adaptações para que seja mantido o papel de recurso no atendimento, exigindo clareza quanto aos objetivos estabelecidos e criatividade da participante.

Em relação à proposição dos jogos e das brincadeiras foram identificadas algumas dificuldades das participantes, como, por exemplo, tornar o que é de interesse da criança uma atividade terapêutica, não dar continuidade ao proposto e à insistência em algo que está além da capacidade motora da criança, casos que são descritos a seguir.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada de lado manipula peças Lego e conversa com P3.	Também manipula as peças de Lego e conversa com C6. Encaixa peças e monta uma torre com as peças de Lego.	Pára de manipular as peças e observa P3. Continua apenas observando.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Criança sentada a cavalo no rolo de costas para P1, de frente para o espelho. Mostra um exercício, por solicitação de P1, desloca o peso de um lado para o outro, com braços abduzidos.	Sentada atrás de C2, auxilia no deslocamento do rolo com as mãos. Solicita o equilíbrio de C2, diz: "Olha o avião!" Inicia o alongamento dos músculos peitorais.	Criança colabora na realização do exercício, repete algumas vezes. Permite a realização do alongamento muscular.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança sentada no rolo que está encostado na parede.	Coloca a bola Bobath sobre o tablado e diz: "Vamos ver se você sabe chutar a bolona?" Chuta a bola devagar em direção à C3. Diz: "Tem que ser com o pé". Pega a bola e chuta novamente para C3. Diz: "Vamos chutar a bola". Pega a bola e diz: "Fica lá no gol". Faz mais cinco tentativas para que a criança chute a bola.	Olha para a bola Bobath. A bola toca em suas pernas, abaixa e abraça a bola com os membros superiores. Sorri. Joga a bola com as mãos e sorri. Pega a bola com as mãos e sorri. Joga a bola que cai . Começa a andar de um lado para outro. Continua a pegar e a jogar a bola com os membros superiores.

Por outro lado, a proposição de uma mesma atividade pela participante pode ocorrer e ser realizada diversas vezes pela criança, gerando uma possibilidade de aprendizagem e aprimoramento da habilidade motora, quando vinculada ao objetivo terapêutico.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança deitada em supino, cabeça apoiada no plano inclinado, quadril e joelhos fletido, pés apoiados no tablado.	P4, de frente para C7, dá um cone na mão direita de C7 e pede que ela o leve próximo ao pé E. Auxilia a execução da atividade proposta. Troca de lado, entrega o cone à esquerda para levar em direção ao pé direito.	Realiza a atividade proposta adequadamente e repete a execução três vezes. Realiza a atividade proposta adequadamente e repete a execução três vezes.

A repetição de uma atividade ocorre no desenvolvimento infantil quando a criança realiza ou solicita a mesma brincadeira diversas vezes. Durante a atividade lúdica a criança pode mesclar jogo com exercício. Quando joga, representa e varia essa representação à medida que modifica o seu papel; no exercício, experimenta novas habilidades ou comprova as já adquiridas (NEGRINE, 1999). Mais especificamente, Tani (2000) refere que pode ocorrer melhora no tempo de movimento, na força total e na seleção de músculos de tentativa para tentativa. A utilização de uma brincadeira repetidas vezes, no atendimento fisioterapêutico de crianças, está inserida no processo de aprendizagem motora e, portanto, deve-se lançar mão disso.

4.1.5 Tipos de jogos e brincadeiras

Foram identificados vários tipos de jogos e brincadeiras, seja com o brinquedo, seja com algum material, ou até mesmo, sem nenhum recurso (Quadro 7).

Quadro 7 – Tipos de jogos e brincadeiras que mais se fizeram nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, realizados pelos estagiários durante a primeira e a penúltima semana do estágio curricular.

Tipos de jogos e brincadeiras	Primeira semana	Penúltima semana
Atividade com bola	26	24
Encaixar e/ou montar	25	17
Buscar e/ou alcançar brinquedos ou objetos	17	18
Manipulação de brinquedos	52	24
Estímulo visual, auditivo e tátil com brinquedos ou objetos	33	14
Faz-de-conta	09	12
Saltar a cavalo	07	06
Empurrar brinquedos ou objetos	02	12
Balanceio e/ou movimento no ritmo de canções infantis	11	17
Total	182	144

Nos atendimentos fisioterapêuticos realizados na primeira semana foram observadas as atividades lúdicas de ficar imóvel ou “estátua” (2 ocorrências), identificar as letras do brinquedo (1 ocorrência) e adivinhar os sons do brinquedo (1 ocorrência). Nos atendimentos fisioterapêuticos realizados na penúltima semana foram observadas as atividades lúdicas de saltar na cama elástica (3 ocorrências), repicar tambor (8 ocorrências), ler gibi (1 ocorrência) e fazer a “ponte” (2 ocorrências).

Somente no atendimento de P6 à C10 foi realizada a “ponte” com caráter lúdico, um exercício clássico e bastante utilizado em fisioterapia, em que o paciente em decúbito dorsal, com quadril e joelhos fletidos e pés apoiados, realiza a extensão do quadril, elevando a pelve do apoio. Durante a realização da “ponte”, P6 solicitava à C10 que elevasse a pelve do apoio para que passassem “baratinhas” e um “cachorro”. As atividades lúdicas que se realizaram somente em atendimentos específicos podem estar relacionadas à variedade dos quadros motores apresentados pelas crianças, portanto, os objetivos fisioterapêuticos são diversos. Outro fator que leva a realização de atividades lúdicas somente em um atendimento decorre da interação entre a criança e a participante.

Nas atividades lúdicas observadas, a bola foi utilizada de forma variada, inclusive a bola Bobath, como, por exemplo, para jogar e pegar, alcançar com as mãos, buscar e apertar, como pode ser demonstrado nos exemplos a seguir.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança em pé, solta a bola Bobath.	Pega a bola Bobath, fica em pé. Diz: “Vamos ver se você consegue pegar a bola?”	Em pé, abre os braços e espera a bola Bobath.

Comportamento de C3	Comportamento de P5	Comportamento de C3
Criança em pé de frente para o espelho.	Segura C3 pelo quadril com a mão esquerda e com a mão direita eleva a bola ao alto, pede para que C3 alcance.	Fica na ponta dos pés, eleva membros superiores e alcança a bola. Grita, desce e segura a bola.

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Criança deitada em supino com flexão bilateral de quadril e joelho, pés apoiados no tablado.	Coloca a bola na frente de C8, diz: “agora você vem pegar a bola aqui, tirando ombro do chão”.	Realiza a atividade proposta com auxílio de P4.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança deitada em supino com flexão bilateral de quadril e joelho, pés apoiados no tablado.	Coloca a bola entre os joelhos de C6, diz: “segura a bola”. Diz: “Vamos contar devagar”. Diz: “Aperta mais”.	Começa a contar rapidamente. Conta até 10, junto com P3.

Foram desenvolvidos jogos e brincadeiras com a bola imitando-se práticas esportivas, como o futebol e o basquetebol.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança em pé pega a bola com os membros superiores, eleva a bola, acima da cabeça, fica próxima de P2.	Pega a bola, coloca no chão, chuta e diz: “Gol!”	Abaixa-se e pega a bola com os membros superiores, eleva e joga.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança sentada, segura uma bola próxima de si.	Pega o cesto de lixo, coloca sobre o tablado e pede para que C3 jogue a bola no cesto.	Sorri, joga a bola em direção ao cesto, mas não acerta o alvo.

Em algumas atividades desenvolvidas com a bola, às vezes, o objetivo era simplesmente empurrar a bola ou fornecer estímulo tátil, como pode ser observado nas transcrições apresentadas a seguir.

Comportamento de C3	Comportamento de P5	Comportamento de C3
Criança deitada em supino no tablado.	Oferece a bola para C3. Posiciona membros inferiores de C3 em fexão, pega a bola e coloca próxima dos pés de C3, e pede que empurre a bola.	Pega a bola e manuseia. Empurra a bola, que cai fora do tablado.

Comportamento de C5	Comportamento de P4	Comportamento de C5
Criança em decúbito lateral esquerdo, cabeça apoiada na coxa de P4, cabeça na mediana.	Toca a bola de pano no tronco anterior e lateral direito de C5, como se estivesse percutindo.	Permite o manuseio, às vezes, entra em extensão e rotação da cabeça.

Os diversos tipos de jogos e brincadeiras desenvolvidos com a bola também foram relatados pelos participantes no estudo de Fujisawa (2000), demonstrando a versatilidade de utilização como recurso terapêutico no trabalho com crianças. Segundo Kishimoto (1998a), a possibilidade de variação na utilização da bola é decorrente de sua forma, cor, tamanho e constituição, assim, provocam o desejo de exercer força e mudança.

Atividades de encaixar e montar objetos, animais e formas foram desenvolvidas com frequência nos atendimentos fisioterapêuticos observados, utilizando-se brinquedos como o Lego, palhaços, tartarugas e cachorros montáveis, peças de encaixe, ou brinquedos educativos de madeira.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada, olha em direção à filmadora e conversa com P3.	Eleva uma torre montada com peças de Lego, diz: “vamos montar uma torre bem grande?” Aproxima a torre montada de C6.	Olha em direção à torre, diz: “vamos”. Começa a encaixar peças na torre.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança senta, pega um número e tenta encaixar no relógio	Diz: “Calma! Tem que ver o número para ver se dá certo!” Gira o relógio de frente para C7 e pede que se deite.	Deita e tenta encaixar um número no relógio; consegue apenas na Segunda tentativa.

A atividade de montar um quebra-cabeça também foi realizada, porém apenas no atendimento fisioterapêutico de P6 à C11.

Comportamento de C11	Comportamento de P6	Comportamento de C11
Criança deitada em prono no rolo, apoio no abdômen, com as peças do quebra-cabeça a sua frente.	Faz alongamento passivo de flexores de quadril no membro inferior à direita, solicita posicionamento adequado dos joelhos de C11.	Mexe nas peças do quebra-cabeça, enquanto isso, permite ser manuseado. Começa a montar o quebra-cabeça.

Buscar ou alcançar brinquedos foi uma atividade desenvolvida em vários atendimentos, exigindo a colaboração e a participação ativa da criança. Ao contrário, durante os procedimentos fisioterapêuticos passivos realizados pela participante, foi observada a simples manipulação dos brinquedos pela criança.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada no feijão a cavalo.	Pede para que C7 pegue os brinquedos que estão ao lado do rolo (fazendo a rotação e extensão do tronco).	Pega um brinquedo de um lado, depois coloca do outro lado.

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Criança sentada, pega um carrinho e desliza sobre o tablado.	Pede para que sente de "índio" e sente com mais extensão da coluna.	Fica sentado de "índio" e manipula o carrinho.

Com bebês (C1 de 11 meses) ou crianças com quadriplegia espástica grave (C4 e C5) foram utilizados brinquedos com a finalidade de fornecer estímulos visuais, auditivos e táteis. Os brinquedos utilizados para o estímulo visual, auditivo e tátil foram bola de pano com guizo, piano musical, brinquedos sonoros de borracha flexível e vários tipos de chocalhos.

Comportamento de C5	Comportamento de P3	Comportamento de C5
Criança sentada entre os membros inferiores de P3, de frente para o espelho. A cabeça de C5 está em extensão.	Segura a criança com o membro superior esquerdo, e pressiona o esterno de C5. Com a mão direita mostra à frente do rosto de C5 um chocalho, balança sucessivamente (faz barulho)	A cabeça de C5 sai da extensão, mas faz rotação para a esquerda. Não olha em direção ao chocalho.

Já com crianças de mais idade e boa compreensão, como C6 (7a.), C7 (4 a.) e C10 (8 a.), foram realizadas brincadeiras de "faz-de-conta". Os temas eram referentes às situações do cotidiano, tais como, "casinha", preparar lanche e fazer compras de supermercado.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada próxima de P3.	Diz: “Vamos montar um lanche?” Ao mesmo tempo mobiliza membro inferior esquerdo de C6. Interrompe a mobilização, diz: “Olha lá!” Aponta para a jarra.	Pega o açucareiro, depois diz: “Cadê a jarra?” Apóia membro superior direito e alcança a jarra, depois pega.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada no rolo a cavalo, um ratinho e um ursinho de pelúcia estão a sua frente sobre o rolo. “Pula” sentada sobre o rolo.	Pergunta: “Onde você vai agora?” Pergunta: “Fazer o que com a batata?”	Responde: “Vou ao mercado comprar batata.” Responde: “Batata com carne”. Pára de “pular” sobre o rolo.

Solicitou-se que o brinquedo fosse mantido na cabeça, sem cair, por alguns instantes, para que a criança permanecesse estática em uma determinada posição. Tal atividade foi utilizada nos atendimentos de P4 à C7 e P5 à C3.

Comportamento de C3	Comportamento de P5	Comportamento de C3
Criança sentada de frente para o espelho, se olha	P5 está atrás de C3, pega e coloca uma argola sobre a cabeça de C3.	Sorri, mantém a argola sobre a cabeça por alguns segundos, depois cai.

Em alguns jogos e brincadeiras não foram utilizados brinquedos. Nesses casos, o rolo e a bola Bobath eram o suporte da atividade lúdica. Os tipos de jogos e brincadeiras com a utilização da bola Bobath, como recurso lúdico, foram descritos nas atividades desenvolvidas com a bola. As atividades desenvolvidas com o rolo, como suporte do jogo e da brincadeira, foram de dois tipos: um cavalo para

saltar e uma resistência a ser vencida. O rolo foi utilizado como se fosse um cavalo para a criança em vários atendimentos; como uma resistência a ser vencida realizou-se apenas em um atendimento.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada a cavalo no rolo, segura um ratinho de pelúcia nas mãos.	P4 está sentada atrás de C7 no rolo, segura C7 debaixo das axilas, auxilia C7 a saltar, diz: "Pocotó! Pocotó!" Pergunta: "O cavalo vai para a cidade comprar o quê?"	Salta com auxílio de P4, depois começa a saltar sozinha. Responde: "Comprar rabinho para o cabelo. Continua saltando sobre o rolo.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança deitada em supino, manipula a haste de encaixe do palhaço.	Coloca o rolo próximo de C3, faz flexão do quadril e dos joelhos, apóia os pés de C3 no rolo e pede que empurre o rolo.	Continua manipulando a haste de encaixe do palhaço, não realiza a atividade proposta e resmunga.

Várias canções infantis acompanharam os atendimentos fisioterapêuticos, tais como serra-serra, ciranda cirandinha, atirei o pau no gato, balança caixão, escravo de Jó, pirulito que bate e um, dois, feijão com arroz. O serra-serra era acompanhado do movimento de passar de deitada para sentado e vice-versa, exigindo a participação ativa da criança, já as demais canções serviam para impor o ritmo ao balanceio realizado pela participante na criança.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada de frente para P4.	Segura nas mãos de C7, canta: “Serra-serra, serrador, serra a careca ...” (solicita o trabalho dos músculos abdominais).	Colabora com a atividade proposta, passa de deitada para sentada e vice-versa.

Comportamento de C5	Comportamento de P4	Comportamento de C5
Criança deitada em prono na bola Bobath.	Balancia C5 sobre a bola Bobath para frente e para trás, canta: “Ciranda cirandinha vamos todos cirandar ...”. Depois balanceia de um lado para outro.	Permite a realização do manuseio.

Os diversos tipos de jogos e brincadeiras, citados anteriormente, apresentaram caráter terapêutico explícito, outros não. Fujisawa (2000) refere que os participantes ao descreverem, por meio dos relatos verbais, as formas de utilização dos jogos e das brincadeiras relacionavam-nos, na maioria das vezes, aos objetivos terapêuticos. A relação entre os tipos de atividade lúdica e os seus objetivos pode ser diferente, visto que os dados desse estudo são provenientes da observação, ao passo que o de Fujisawa (2000) eram da entrevista semi-estruturada. Provavelmente, nos relatos verbais, a própria descrição da atividade levava aos objetivos fisioterapêuticos da atividade, já, nos dados observacionais, o jogo e a brincadeira são descritos conforme ocorrem, os objetivos ficam implícitos, com exceção de apenas algumas situações em que o processo em si já é terapêutico. O fato dos objetivos fisioterapêuticos não estarem claros na descrição da atividade observada implica que deve ser realizada análise mais aprofundada e específica dos procedimentos

fisioterapêuticos envolvidos, para que seja possível identificar as metas a serem alcançadas por meio dos jogos e das brincadeiras.

A necessidade de programas de reabilitação por tempo prolongado, incluindo o acompanhamento fisioterapêutico, tornam a criança cansada e desmotivada (BRACCIALLI E RAVAZZI, 1998). O tempo prolongado do acompanhamento fisioterapêutico torna necessária a variação nas atividades desenvolvidas. Por isso, a diversidade nos tipos de jogos e brincadeiras utilizados. Maluf (2003) destaca que o educador deve inovar e criar oportunidade para que o brincar favoreça a aprendizagem, no intuito de evitar que a prática de ensino seja cansativa para a criança e caia na mesmice. Além disso, os diferentes tipos de jogos e brincadeiras estimulam e contextualizam os comportamentos motores desejados. Os diferentes contextos levam a diferentes oportunidades de realização motora, implicando em seleção, adaptação e execução de ações cada vez mais variadas (MANOEL, 2000).

A diversidade de jogos e brincadeiras é justificada, tanto pela necessidade de manter a criança motivada, quanto pela contextualização diferenciada dos comportamentos motores, fundamentais à aprendizagem motora. Portanto, foi possível observar que as participantes eram capazes de desenvolver jogos e brincadeiras variados, proporcionando, assim, atendimento fisioterapêutico mais agradável à criança e vinculado aos objetivos estabelecidos.

4.1.6 Recursos utilizados nos jogos e brincadeiras

Os jogos e as brincadeiras realizaram-se com a presença dos brinquedos e/ou materiais gerais ou específicos da fisioterapia, e também sem a presença de recurso, como, por exemplo, nos balanceios associados às canções infantis e no faz-de-conta.

A maioria dos jogos e das brincadeiras foram realizados com a presença dos brinquedos, que eram selecionados pela participante, antes de iniciar o atendimento fisioterapêutico à criança, e dispostos sobre o tablado. Somente em alguns atendimentos, além dos brinquedos selecionados pelas participantes, havia aqueles que foram trazidos pela professora supervisora do estágio ou pela própria criança. Apenas no atendimento de P6 à C9 não havia brinquedos disponíveis sobre o tablado.

A presença dos brinquedos nos atendimentos fisioterapêuticos denota que as participantes relacionavam a criança ao brinquedo. Para Kishimoto (1997a), o vocábulo brinquedo contém a referência ao tempo de infância, além da dimensão, material, cultural e técnica. A presença constante dos brinquedos nos atendimentos fisioterapêuticos demonstra que a concepção das participantes observadas sobre crianças, está relacionada ao brincar e ao brinquedo.

Os brinquedos selecionados pelas participantes foram: relógio com número para encaixar, bola de pano com guizo, carrinho vermelho e branco, bolas de

plástico, palhaço com haste e argolas de encaixe, telefone de borracha, maleta com lego, urso de pelúcia, boneca Monica, tartaruga de encaixe, pato Donald de borracha flexível e sonoro, gato Frajola de borracha flexível e sonoro, chocalhos, moto, peças de encaixe, blocos de madeira, copinhos de encaixe, cones coloridos, cachorro com haste e argolas e rodas de encaixe, quadrados de madeira encaixados em um pino com base, piano sonoro, tambor, balde de praia, jarra de plástico e conjunto de chá. Leontiev (1988a) refere que existem brinquedos de largo alcance, que são aqueles que podem servir para várias ações, e os especializados, com que as crianças brincam, geralmente, por algum tempo e em seguida colocam de lado. Dessa forma, é possível verificar o predomínio dos brinquedos de largo alcance, na seleção realizada previamente pelas participantes.

Dentre os brinquedos selecionados pelas participantes, os mais utilizados foram: bola de pano com guizo, bolas de plástico, palhaço com haste e argolas de encaixe, telefone de borracha, maleta com lego, chocalhos, moto, peças de encaixe, blocos de madeira, copinhos de encaixe, cones coloridos e o piano sonoro.

De acordo com a classificação proposta por Garon (1998), os brinquedos mais utilizados são: brinquedos de estimulação (chocalhos); brinquedos para exercício físico e habilidades (bolas de pano e de plástico); brinquedos de construção e montagem (palhaço com haste e argolas de encaixe, maleta com Lego, peças de encaixe, blocos de madeira, copinhos de encaixe, cones coloridos); utensílios da casinha (telefone); veículos e acessórios (moto); e, instrumentos e brinquedos musicais (piano). Mello et al. (1999) relatam que os brinquedos citados

pelos profissionais da saúde, como mais adequados às crianças hospitalizadas são os de uso comum e os construtivos, semelhantes aos vistos nessa pesquisa.

Em relação aos materiais gerais e específicos de fisioterapia, foram utilizados como suportes do jogo e da brincadeira, principalmente, a bola Bobath e o rolo, e no atendimento de P2 à C3 o carrinho de madeira e no de P1 à C1 o estetoscópio. A utilização dos materiais gerais e específicos de fisioterapia, nos jogos e nas brincadeiras, também foram citados pelos professores supervisores (FUJISAWA, 2000). Os participantes, deste estudo, relataram serem possíveis devido a determinadas fases do desenvolvimento infantil, situações específicas, criatividade do fisioterapeuta e habilidade de interação com a criança, que permitiam a substituição dos brinquedos. Leontiev (1988a) destaca que a criança na idade pré-escolar tem necessidade de agir não apenas com os objetos diretamente acessíveis a ela, mas também com o mundo mais amplo dos adultos. Por isso ocorre a substituição de objetos que são acessíveis à criança por aqueles pertencentes ao mundo dos adultos e inacessíveis a ela, como por exemplo, o cabo de vassoura que se transforma em um cavalo.

Observa-se que, no atendimento fisioterapêutico de P1 à C1, ocorre a mudança constante de brinquedos e, às vezes, a utilização concomitante de vários recursos. Mesmo quando algo desperta o interesse da criança não é proposta uma atividade e troca-se de estímulo. Ou seja, no atendimento de P1 à C1 ocorre continuamente a troca de estímulo por brinquedos, utilizando-se chocalho, moto, peças de encaixe, pato Donald de borracha flexível e sonoro e gato Frajola de borracha flexível e sonoro e, muitas vezes, concomitantemente. A troca constante de brinquedos,

sem que haja continuidade na atividade lúdica, pode ser por falta de clareza sobre os objetivos fisioterapêuticos ou por desconhecimento dos procedimentos necessários para alcançar as metas estabelecidas, além da dificuldade na utilização dos jogos e das brincadeiras como recurso.

4.2 O Jogo e a Brincadeira no Atendimento Fisioterapêutico

Nessa categoria foram tratadas as funções das atividades lúdicas, as respostas obtidas e a relação dos jogos e das brincadeiras com as características da criança. Dessa forma, pretende-se verificar: se o papel do jogo e da brincadeira no atendimento fisioterapêutico, é recurso ou simples “brincar”; quais são os objetivos propostos na utilização da atividade lúdica; qual é a efetividade na utilização dos jogos e das brincadeiras; e, se há a adequação do jogo e da brincadeira propostos, inclusive a seleção do brinquedo, com as características da criança atendida.

4.2.1 Função dos jogos e das brincadeiras

Os jogos e as brincadeiras observados demonstraram o predomínio do caráter terapêutico nos atendimentos fisioterapêuticos. Quando o objetivo fisioterapêutico a ser alcançado não era explícito na atividade desenvolvida, fato que ocorria nos atendimentos realizados na primeira semana de estágio, verificou-se que a função era a de iniciar a interação com a criança e, posteriormente, permitir algum manuseio.

O caráter não-terapêutico dos jogos e das brincadeiras pôde ser observado em situações esporádicas nos atendimentos fisioterapêuticos. No atendimento de P3 à C6, na primeira semana de estágio, a utilização dos jogos e das brincadeiras foi caracterizada como um livre brincar, não sendo possível identificar a função terapêutica da atividade desenvolvida. A maioria dos atendimentos feitos na primeira semana de estágio tinham como objetivo avaliar e estabelecer vínculo com a criança, porém na sessão realizada por P3 com C6, na primeira semana, não foi possível identificar a utilização do lúdico como recurso para alcançar essas metas, visto que a criança e a participante realizavam, ao mesmo tempo, atividades independentes sem qualquer interação e finalidade de avaliação. O caráter não-terapêutico do atendimento de P3 à C6 pode ser observado no exemplo descrito a seguir.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada próxima de P3.	<p>Pega uma peça de encaixe, diz: “Vamos montar mais um?”</p> <p>Pega e manipula a moto, depois deixa a moto de lado.</p> <p>Pega o piano sonoro e manipula, coloca as pilhas no piano, depois liga (toca música).</p>	<p>Olha em direção à peça de encaixe na mão de P3 e diz: “Tá!” Começa a mexer nas peças de encaixe.</p> <p>Continua a montar as peças de encaixe.</p>

Os jogos e as brincadeiras na fisioterapia devem estar sempre vinculados aos objetivos estabelecidos, caracterizando, assim, o lúdico como um recurso e atividade-meio. Se na fisioterapia o caráter não-terapêutico da atividade lúdica, ou seja, o brincar sem relação com os objetivos terapêuticos é indesejado, já na escola as brincadeiras livres representam uma forma de socialização e integração da criança (KISHIMOTO, 2001).

O caráter terapêutico dos jogos e das brincadeiras foi avaliado conforme os objetivos e as condutas descritas na evolução do prontuário no dia em que ocorreu o atendimento fisioterapêutico à criança. Porém, é preciso enfatizar que os dados obtidos por meio da evolução do prontuário da criança não eram completos. Os objetivos da sessão foram descritos somente pelas participantes P1, P2 e P3, e somente na primeira semana de estágio; as outras participantes não descreveram as metas estabelecidas, nem na primeira semana, nem na penúltima semana. Outro problema identificado: era descrito o objetivo ou efeito da técnica utilizada, que embora fosse visado, não era referente às metas estabelecidas ao atendimento. Assim, a função dos jogos e das brincadeiras foi avaliada por meio, principalmente, da descrição, feita no prontuário, das condutas realizadas no atendimento fisioterapêutico de cada criança.

Nos atendimentos da primeira semana de P1 à C1, de P3 à C6 e de P4 à C8 realizaram-se 14, 3 e 5 atividades lúdicas respectivamente, sem função terapêutica. Já ao final do estágio, realizaram-se somente 1 atividade não- terapêutica nesses mesmos atendimentos (P1/C1, P3/C6 e P4/C8). Verificou-se assim que, para serem terapêuticos na fisioterapia os jogos e as brincadeiras dependem do

conhecimento sobre o quadro apresentado pela criança e da clareza quanto aos objetivos do atendimento. Um aspecto que pode determinar a manutenção do caráter não-terapêutico é a falta de colaboração da criança na realização do atendimento. Tal fato foi observado nas sessões de P2 com C3 e de P5 com C3, em que o caráter não-terapêutico se manteve igual na primeira e penúltima semana de estágio, em 1 e 3 ocorrências respectivamente, já que a interação de C3 com a participante era difícil.

Os jogos e as brincadeiras observados tinham como objetivo: estabelecer vínculo com a criança; tornar o atendimento fisioterapêutico mais agradável; entreter a criança durante a realização de algum procedimento; promover uma resposta motora; contextualizar o movimento; recompensar a criança após a realização de algo ou dar descanso entre uma atividade e outra; fornecer estímulos à criança; e permitir a realização de algum procedimento fisioterapêutico. Um aspecto importante a ser destacado é que, nos jogos e brincadeiras desenvolvidos, geralmente, mais de um objetivo fisioterapêutico pode ser alcançado, fato que ocorreu nos atendimentos observados.

No atendimento de P1 à C1, na primeira semana de estágio, verifica-se que o objetivo principal é estabelecer vínculo com a criança, devido à necessidade de contato físico para a realização dos manuseios nas sessões subseqüentes e à idade de C1 (11 meses), que dificulta a compreensão e colaboração durante os procedimentos fisioterapêuticos. O objetivo de estabelecer vínculo com a criança nos primeiros contatos pode ser facilitado com a utilização dos jogos e das brincadeiras, como observado ao final do atendimento de P1 à C1, já que a criança interage, fica próxima, olha e sorri para a participante. No atendimento de P1 à C1, apresentado a

seguir, ocorre a utilização do lúdico com esse objetivo de estabelecer vínculo com a criança, mas também outro aspecto está sendo tabalhado, concomitantemente, a saber, a promoção de estímulo sensorial e de uma resposta para avaliar a função motora e solicitar movimento ativo do membro superior com déficit.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança sentada manipula uma peça de encaixe, bate a peça contra o seu joelho, depois solta.	Pega uma peça de encaixe e começa a bater contra o chocalho, faz barulho. Pergunta: "De qual você gostou?" Pega uma peça de encaixe e esfrega no dorso da mão direita de C1. Segura um chocalho na frente de C1.	Sorri para P1, presta atenção na atividade. Pega a peça de encaixe com a mão direita, eleva até a altura do seu ombro (flexão do ombro a 90°), e bate a peça contra o chocalho a sua frente.

Mello et al. (1999) relatam que a criança, quando se sente assustada e ameaçada, como, por exemplo, no caso de uma doença, geralmente procura o adulto que brinca com ela, visto que a atividade lúdica favorece o estabelecimento do vínculo e da confiança. A formação do vínculo da criança com o adulto é facilitada por meio dos jogos e das brincadeiras, porém essa interação ocorre de forma gradativa. Como pode ser demonstrado no exemplo anterior, a interação entre P1 e C1 ocorreu somente no final do atendimento fisioterapêutico. Em alguns casos, a formação do vínculo da criança com o fisioterapeuta pode exigir várias sessões.

A partir do momento em que a criança passa a se sentir mais segura, em relação à presença do fisioterapeuta e ao atendimento em si, torna-se livre para interagir com o meio. Na interação com o meio, a criança demonstra as suas

habilidades e preferências, bem como as suas dificuldades, permitindo que o fisioterapeuta avalie o seu comportamento motor e forneça os estímulos necessários. Assim, a formação do vínculo entre o fisioterapeuta e a criança é uma questão fundamental ao atendimento.

No atendimento de P1 à C1, exemplo citado anteriormente, verifica-se que um importante objetivo dos jogos e das brincadeiras é criar um contexto para os movimentos que são desejados no atendimento. Assim, C1 realiza movimentos ativos com o membro superior direito com a finalidade de encaixar peças e bater um brinquedo contra outro, e não a simples exigência de P1 na execução de um movimento pelo movimento. Ao tentar encaixar peças e bater um brinquedo contra outro, a criança precisa realizar movimentos coordenados em direção a um alvo específico. Outro aspecto importante é a intenção do movimento. A criança realiza os movimentos a fim de executar a atividade, encaixar peças e bater um brinquedo contra outro. Para Manoel (2000, p. 39), “o acoplamento entre intenção, padrões de movimento e conseqüências ambientais constitui-se numa etapa crucial no desenvolvimento”.

No atendimento de P4 à C5 observa-se que a presença do jogo e da brincadeira, ao mesmo tempo, que torna a sessão mais agradável, também predispõe a criança para a realização de um procedimento fisioterapêutico.

Comportamento de C5	Comportamento de P4	Comportamento de C5
Criança deitada em prono na bola Bobath.	Balancia C5 sobre a bola Bobath para frente e para trás, canta: “Ciranda cirandinha vamos todos cirandar ...”. Depois balancia de um lado para outro.	Permite a realização do manuseio.

A realização de sessões agradáveis traz várias conseqüências, tais como, os pais podem ficar mais tranqüilos enquanto a criança está sendo atendida; a criança pode tornar-se colaborativa e confiante; pode começar a relacionar o atendimento como algo bom; e não se recusar a ir à clínica ou ao ambulatório. Mello et al. (1999) acrescentam que, mesmo no hospital, o brincar favorece a associação do ambiente como algo bom e agradável.

O objetivo do jogo e da brincadeira de entreter a criança durante a realização de algum procedimento fisioterapêutico pode ser observado no atendimento de P6 à C11. Enquanto P6 realiza alongamentos musculares, C11 monta um quebra-cabeça, predispondo a criança para a realização do procedimento fisioterapêutico.

Comportamento de C11	Comportamento de P6	Comportamento de C11
Deitada em prono sobre o rolo, como se estivesse em quatro apoios, com quebra-cabeça a sua frente.	Faz alongamento passivo de flexores de quadril em membro inferior direito, levando-o em extensão. Solicita posicionamento adequado de C11 (apoiar o joelho esquerdo no tablado)	Mexe nas peças do quebra-cabeça, permite ser manuseada. Depois começa a montar o quebra-cabeça, enquanto P6 faz alongamentos.

No atendimento de P2 à C3 realiza-se uma atividade lúdica com a finalidade de provocar ações motoras na criança, para que seja possível avaliar a função motora. Assim, essa atividade lúdica, desenvolvida durante o atendimento, permite que a criança demonstre as suas reais habilidades motoras.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Sentada no tablado, de frente para P2, mexe nas peças de Lego que estão dentro de uma maleta	Despeja algumas peças de Lego da maleta, que está próxima de C3, depois vai retirando uma peça de cada vez. Observa como são as tentativas da criança e acompanha a atividade	Pega peças de Lego que estão encaixadas, faz tentativas de desencaixar uma peça da outra, demora para conseguir. Consegue desencaixar as peças de Lego.

Os objetivos de recompensar a criança após a realização de algum procedimento ou dar descanso entre uma atividade e outra verificaram-se em apenas algumas situações, como, por exemplo, no atendimento de P3 à C6. A manifestação do lúdico com a finalidade de dar um descanso para a criança após a realização de alguma atividade ou procedimento foi verificada no atendimento de P3 à C6, devido ao diagnóstico de distrofia muscular progressiva do tipo fâscioescápulooumeral apresentado por C6, em que se recomenda evitar fadiga.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Sentada, pega brinquedos a sua frente e coloca do lado direito.	Trabalha reações de equilíbrio com C6 sentada, empurrando o tronco para frente e para trás. Aproxima o banco à direita de C6, pede que monte uma mesa de café sobre o banco. Pede para que continue montando a mesa de café. Depois dá um descanso à criança. Retoma os estímulos para desencadear as reações de equilíbrio com C6 sentada. Interrompe, dá um descanso à criança.	Permite a realização do procedimento fisioterapêutico. Começa a colocar o jogo de xícaras sobre o banco. Continua a colocar os brinquedos sobre o banco. Continua a colocar os brinquedos sobre o banco. Continua a colocar os brinquedos sobre o banco.

No atendimento de P3 à C6 verifica-se que o brinquedo serviu para fornecer estímulos sensoriais à criança, visto que a bola utilizada era confeccionada com material de textura aveludada, tornando o contato com a pele agradável.

Comportamento de C5	Comportamento de P4	Comportamento de C5
Criança em decúbito lateral esquerdo, cabeça apoiada na coxa de P4, cabeça na linha média.	Toca a bola de pano no tronco anterior e lateral direito de C5, como se estivesse percutindo.	Permite o manuseio; às vezes, entra em extensão e rotação da cabeça.

No estudo de Fujisawa (2000), todas as funções dos jogos e das brincadeiras, descritos anteriormente, nos atendimentos fisioterapêuticos observados, são semelhantes aos relatados pelos professores supervisores e formadores desses estagiários. Dessa forma, a presença dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos observados, freqüentemente, está vinculada aos objetivos estabelecidos, caracterizando a atividade lúdica como um recurso. A esse respeito, Friedmann (1996, p. 17) diz “pensar na atividade lúdica enquanto um meio educacional significa pensar menos no jogo pelo jogo, mas no jogo como instrumento de trabalho, como meio para atingir objetivos preestabelecidos”.

4.2.1 Respostas obtidas com a utilização de jogos e brincadeiras

Os jogos e as brincadeiras desenvolvidos nos atendimentos fisioterapêuticos pelas participantes levaram a determinados comportamentos da criança, que podem ser considerados como: 1) obtenção de uma resposta desejada; 2) obtenção parcial da resposta desejada; 3) não-alcance da resposta desejada, e; 4) impossibilidade de avaliar se a resposta obtida era desejada ou não em algumas situações.

A obtenção da resposta desejada ocorreu em vários jogos e brincadeiras desenvolvidos durante os atendimentos fisioterapêuticos. Tal fato parece depender do interesse da criança pelo objeto ou pela atividade em si. Assim, a resposta desejada é alcançada com maior freqüência, quando o jogo, ou a brincadeira, proposto teve como base o interesse da criança, como pode ser

demonstrado em uma atividade lúdica ocorrida no atendimento de P1 à C1.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança sentada, manipula um chocalho.	Pega o chocalho das mãos de C1, eleva à frente de C1 e balança. Continua balançando o chocalho. Segura C1 pelo tronco e coloca C1 na posição de gato.	Olha para o chocalho, sorri, desvia o olhar para a direita. Olha para P1 e sorri.

A obtenção parcial da resposta desejada significa que o comportamento ocorria, inicialmente, mas foi interrompido ao longo da atividade lúdica, como no exemplo a seguir.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança sentada no colo de P2 e de frente.	P2 empurra C3 para frente e para trás, segurando nas mãos de C3, diz: “Segura, força!”. Começa a cantar: “Serra, serra ...”.	Criança sorri e responde ao manuseio uma vez, mas logo depois começa a resmungar e sai do colo de P2.

A não-obtenção da resposta desejada ocorreu nas situações em que o brinquedo ou jogo ou brincadeira proposto não despertou o interesse da criança, ou sua atenção está voltada para outro objeto ou atividade.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
C1 em pé, segurada pelo tronco por P1. Começa a chorar.	Pega o chocalho, balança em frente de C1 (faz barulho).	Intensifica o choro.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança sentada, segura e aperta o pato Donald de borracha, faz barulho, repete várias vezes.	Diz: “Que barulho chato”, pega o chocalho, balança em frente de C1 (faz barulho).	Criança olha, mas depois continua apertando o pato Donald.

Nos dois exemplos citados anteriormente, P1 demonstrou dificuldade em modificar o comportamento de C1 por meio da atividade lúdica. Verificou-se que P1 tinha dificuldade em: selecionar brinquedo adequado ao estado emocional da criança; indicar se, nesse momento, o jogo e a brincadeira eram a única estratégia possíveis ou se um outro estímulo poderia modificar o comportamento da criança; e desenvolver atividade lúdica significativa baseada no interesse da criança por um brinquedo.

Além disso, é preciso considerar que no “brincar” existe a interação das pessoas envolvidas, e a criança pode ou não se interessar pelo brinquedo ou pela atividade proposta. Nas relações humanas há uma dinâmica social típica do ser humano, que está sempre em movimento, sempre repensando as significações (OLIVEIRA et al., 1998). Então, mesmo que a atividade tenha sido planejada pela participante, podem ocorrer mudanças na sua realização, ou seja, ocorrer de forma diferente do previsto ou, até mesmo, não ter continuidade.

Outro fator que pode ter levado à não-obtenção da resposta desejada está relacionado com o grau de comprometimento motor e cognitivo da criança, ou seja, as habilidades funcionais e de compreensão dificultam, ou até mesmo impedem, a ocorrência do comportamento esperado.

Comportamento de C4	Comportamento de P2	Comportamento de C4
Criança sentada a cavalo no rolo, sendo mantida por P2 que a segura pelos ombros, apresenta forte rotação de tronco e cabeça à direita.	Balança o chocalho à esquerda de C4, faz barulho, chama a atenção de C4: "Olha aqui!"	Mantém a rotação de tronco e cabeça para a direita.

O fato da atividade proposta ser inadequada à criança pode levar a não-obtenção de respostas ou a comportamentos indesejados, e demonstra que a participante ainda desconhece as reais capacidades, habilidades funcionais e dificuldades, referentes ao quadro motor. Araújo e Lorenzini (1995) recomendam que, ao se propor uma atividade lúdica para crianças com deficiência física, devem ser consideradas: as habilidades; os diferentes tipos de exploração para atender às necessidades de cada uma delas; o sentido prático para que possa ser reconhecida a sua finalidade quando da sua conclusão; a possibilidade de fragmentação da atividade em etapas, contanto que possa ser concluída até o final da sessão; o domínio gestual ou verbal utilizado pela criança; e os padrões de comunicação.

Em alguns jogos e brincadeiras não foi possível identificar o objetivo proposto, inviabilizando, portanto, definir se a resposta era desejada ou não. A seguir, um exemplo de atividade lúdica e o comportamento subsequente em que não fica claro se a resposta era desejada ou não.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada de lado, manipula peças lego e conversa com P3.	Também manipula as peças de lego e conversa com C6. Encaixa peças e monta uma torre com as peças de lego.	Pára de manipular as peças e observa P3. Continua apenas observando.

Vários fatores interferem na resposta obtida por meio da atividade lúdica. Assim, ao propor o jogo, ou a brincadeira, o estagiário de Fisioterapia deve considerá-lo, principalmente, aquele que irá dificultar o alcance dos objetivos estabelecidos ou impedirá a realização dos procedimentos necessários. Os principais fatores são as características da criança, tais como idade, interesses, habilidades, dificuldades, fase do desenvolvimento e estado emocional, e a função desejada com o recurso lúdico.

Para que os jogos e as brincadeiras se tornem recurso lúdico, o estagiário de Fisioterapia deve escolher brinquedos interessantes e adequados à criança e propor atividades significativas condizentes com os objetivos estabelecidos. A utilização do jogo e da brincadeira como recurso exige habilidades cognitivas e não-cognitivas do estagiário de Fisioterapia, que devem ser desenvolvidas durante a sua formação acadêmica.

Finalmente, mesmo com todos os cuidados para que o jogo e a brincadeira se tornem recurso no atendimento, é preciso considerar que a situação lúdica é interativa. Portanto, as respostas ou os comportamentos podem ser diferentes dos previstos.

4.2.2 Relação dos jogos e das brincadeiras com as características da criança atendida

Foi analisado se os jogos e as brincadeiras observados, inclusive o brinquedo utilizado, estavam adequados aos objetivos fisioterapêuticos estabelecidos e às características da criança atendida nos seguintes aspectos: grau de comprometimento motor, idade e/ou fase do desenvolvimento, habilidades, dificuldades e interesses. Nos atendimentos observados, a grande maioria dos jogos e das brincadeiras, também os brinquedos utilizados, eram adequados às características da criança atendida. Nos jogos e nas brincadeiras que foram realizados sem a presença do brinquedo também foi verificado que a atividade estava adequada à criança.

No atendimento de P2 à C4 utilizou-se um piano sonoro para proporcionar estímulo visual e auditivo, a fim de que C4 trouxesse a cabeça para a linha média em flexão, ou seja, a atividade estava adequada ao objetivo fisioterapêutico, uma vez que a criança apresentava forte extensão da cabeça e assimetria. Além disso, estava adequada às características da criança atendida, visto que C4 apresentava paralisia cerebral do tipo quadriplegia espástica grave, ou seja, comprometimento motor grave, e com problemas na alimentação, ausência de comunicação verbal e retardo mental. No atendimento de P4 à C7, a atividade lúdica era feita sem a presença do brinquedo, mas estava adequada aos objetivos fisioterapêuticos e à criança atendida, já que C7 apresentava diagnóstico de mielomeningocele, necessitando do trabalho dos músculos abdominais, além do mais

a criança era bastante colaborativa e comunicativa.

Comportamento de C4	Comportamento de P2	Comportamento de C4
Criança deitada em supino no tablado, cabeça no posicionador e plano inclinado (a cabeça está em extensão e rotação à direita).	P2, à esquerda de C4, pega um piano musical e mostra na frente (linha média) de C4. Chama a atenção para o piano.	Sorri e traz a cabeça para a linha média e diminui a extensão da cabeça.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada de frente para P4.	P4 segura nas mãos de C7. Canta: Serra-serra, serrador ... “	Passa para deitado, depois volta para sentado, e vai alternando.

Já no atendimento realizado por P3 à C6, o brinquedo utilizado estava adequado à C6, porém a atividade lúdica proposta não estava adequada ao quadro motor da criança. A atividade lúdica proposta por P3 exigia independência nas passagens de postura e força muscular. Devido ao diagnóstico de distrofia muscular progressiva do tipo fâscioescápulooumeral, C6 não era capaz de pôr-se de pé sozinha e pegar a bola no alto, em virtude do déficit de força muscular apresentado.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada no banco, de frente para P3.	Pega e eleva a bola, pede que C6 fique em pé e pegue a bola no alto. Abaixa a bola, auxilia C6 a pôr-se de pé. Pega uma bola menor e aproxima da mão de C6.	Recusa a atividade proposta, mas tenta ficar em pé sozinha e não consegue. Fica em pé, vira em direção à bola, não pega a bola, pede uma bola menor. Pega a bola, segura, depois joga para P3.

A situação inversa também ocorreu, ou seja, a atividade lúdica proposta era adequada, mas o brinquedo inadequado à criança. No atendimento de P1 à C2 verifica-se que os brinquedos que estavam disponíveis sobre o tablado, no início da sessão, eram os que haviam sido utilizados por P1 com C1. As idades de C1 e C2, 11 meses e 11 anos respectivamente, eram bastante diferentes, portanto os brinquedos disponíveis não eram compatíveis com as características de C2. Assim, no atendimento de P1 à C2 foi observado que os brinquedos utilizados nos jogos e nas brincadeiras, em algumas situações, não eram compatíveis com as características de C2, porém as atividades lúdicas desenvolvidas podiam ou não estar adequadas. Nos exemplos a seguir, os brinquedos utilizados eram inadequados à criança. A primeira atividade foi inadequada, e na segunda, a participante fez tentativa de adequação da atividade.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Criança sentada no tablado, olha para os brinquedos ao seu redor.	Pega e aperta o pato Donald de borracha, faz barulho.	Pega um chocalho e manipula.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Criança sentada manipula o chocalho.	Pergunta à C2 quais são as letras escritas nas bolas do chocalho.	Vai respondendo: A, B, C, ..., depois pega o chocalho de volta e começa a balançar.

Araújo e Lorenzini (1995) recomendam que, ao se propor uma atividade lúdica, no trabalho com crianças com deficiência física, é preciso definir previamente os materiais a serem utilizados, além de analisar as atividades, o processo de atendimento, o produto da intervenção e a organização do ambiente físico. Assim, no atendimento de P1 à C2, quando foram utilizados os brinquedos

selecionados para C1, verificou-se que não houve esse planejamento e organização, tornando a atividade inadequada à criança.

No atendimento de P4 à C7 observou-se que, em uma atividade lúdica desenvolvida, a exigência de P4 ia além das possibilidades de C7. A participante P4 solicitava que C7 ajoelhada fizesse a extensão do quadril, mas o nível neurológico (torácico) apresentado por ela impossibilitava a ação muscular do glúteo máximo, impedindo então, a realização do movimento exigido.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada de frente para o espelho, o rolo está entre a criança e o espelho. Segura nas mãos um rato e um urso de pelúcia.	Diz: “Vamos levantar?” Auxilia C7 passar para a posição ajoelhada. Pede que desencoste o abdômen do rolo e mantenha o quadril em extensão.	Fica ajoelhada, apóia os cotovelos no rolo, manipula o rato e o urso de pelúcia. Tenta, mas não consegue manter o quadril em extensão.

Por não terem feito escolha adequada do brinquedo e não terem atentado para a fase de desenvolvimento motor ou do seu comprometimento, as participantes não realizaram atividades lúdicas condizentes com as características das crianças atendidas. Mais importante que a finalidade do brinquedo selecionado é a adequação da atividade às características da criança atendida. Para Kishimoto (1997b, p. 18), o brinquedo “supõe uma indeterminação quanto ao uso, ou seja, a ausência de um sistema de regras que organizam sua utilização”. Dessa forma, é a atividade lúdica desenvolvida que irá determinar a adequação, porém o brinquedo utilizado deve despertar o interesse da criança e ser apropriado para o jogo e a brincadeira. Neste estudo, as participantes tiveram dificuldades em desenvolver

atividades lúdicas adequadas quando os brinquedos eram inadequados à criança atendida. Garon (1998) relata que o brinquedo não deve ser um fim em si mesmo, deve ser um objeto que ajude, facilite e aja favoravelmente sobre certas etapas do desenvolvimento da criança.

A atividade lúdica desenvolvida no atendimento fisioterapêutico deve, segundo Fujisawa (2000), estar baseada na fase de desenvolvimento, no grau de comprometimento da criança, na possibilidade de alcance dos objetivos estabelecidos e na facilitação da realização da sessão. Porém, neste estudo verificou-se que as participantes, em alguns casos, não têm o devido conhecimento da fase de desenvolvimento da criança e do seu comprometimento, fato que salientou a dificuldade no estabelecimento dos objetivos fisioterapêuticos, o que aliado à falta de planejamento, tornou a atividade lúdica proposta inadequada.

Se o tipo de atividade desenvolvida é fundamental na relação de adequação, mais do que o brinquedo em si, faz-se necessário verificar que jogos e brincadeiras foram realizados nos atendimentos observados (Quadro 8).

Quadro 8 – Tipos de jogos e brincadeiras realizados nos atendimentos de crianças de acordo com a faixa etária e grau de comprometimento motor.

Crianças Atendidas / Tipos de jogos e brincadeiras	Bebê: C1	Pré-escolar: C3 e C7	Escolar: C2, C6, C8, C10 e C11	Criança com comprometimento motor grave: C4 e C5
Atividade com bola	-	30	20	-
Encaixar e/ou montar	06	19	17	-
Buscar e/ou alcançar brinquedo/objeto	19	10	06	-
Manipulação de brinquedo	19	16	41	-
Estímulo visual, auditivo e tátil com brinquedos	13	-	-	34
Faz-de-conta	01	03	06	-
Saltar a cavalo	-	24	-	-
Empurrar brinquedo/objeto	02	11	-	-
Balanceio e/ou movimento no ritmo de canções infantis	-	05	01	22

Observou-se que a utilização do lúdico no atendimento do bebê, em relação à atividade desenvolvida, foi adequada a sua idade e ao objetivo estabelecido, somente o faz-de-conta esteve além das possibilidades. No atendimento às crianças pré-escolares e àquelas com comprometimento motor grave verificou-se também que as atividades desenvolvidas foram adequadas e satisfatórias, principalmente em relação aos objetivos fisioterapêuticos estabelecidos. Porém, no atendimento às crianças escolares, notou-se 41 ocorrências de manipulação do brinquedo,

demonstrando que a finalidade era apenas o entretenimento e não a exploração do potencial do lúdico para o desenvolvimento motor e global. De Conti e Sperb (2001) relatam, nos seus estudos, que as mães entrevistadas consideraram o brincar típico da infância e uma atividade em que ocorre a manipulação de objetos. Tal concepção pode ser semelhante à apresentada pelas participantes, visto que houve alta ocorrência da manipulação de brinquedo como “brincar” durante os atendimentos.

Percebe-se que as participantes precisam ampliar os conhecimentos relativos ao papel do lúdico no desenvolvimento infantil, já que alguns jogos e brincadeiras desenvolvidos estavam aquém ou além das possibilidades da criança atendida. Tais conhecimentos facilitariam a utilização de jogos e brincadeiras como recurso, não somente para alcançar os objetivos fisioterapêuticos estabelecidos, mas para a exploração do potencial do lúdico no desenvolvimento global da criança.

Assim, os jogos e as brincadeiras devem ser inseridos nos atendimentos fisioterapêuticos com a finalidade de promover experiências favoráveis e adequadas à criança e, conseqüentemente, facilitar a aprendizagem motora e estimular o desenvolvimento integral. Da mesma forma, os brinquedos devem ser estimulantes às crianças, para que elas possam aperfeiçoar as habilidades, superar dificuldades e novos desafios (AFLALO, 1998). Assim, a adequação, tanto do brinquedo quanto do jogo e da brincadeira, está relacionada à possibilidade de promoção do desenvolvimento integral da criança, incluindo a aprendizagem motora, mas, para que isso ocorra, é necessário planejamento, habilidade e conhecimento do estagiário.

4.3 Comportamento da Estagiária no Jogo e na Brincadeira

As participantes apresentaram comportamento ativo durante a maioria dos jogos e das brincadeiras que foram realizados nos atendimentos fisioterapêuticos observados e, somente em algumas situações, mantiveram-se passivas na atividade lúdica desenvolvida. Entendeu-se por comportamento ativo a participação da estagiária no jogo e na brincadeira, ou seja, ela esteve envolvida na atividade, como pode ser observado no exemplo a seguir.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
C7 sentada de frente para P4.	P4 segura nas mãos de C7 e canta: “Serra-serra, serrador ... “	Deita-se, depois senta-se, e vai alternando essas posições.

Os comportamentos das participantes nos jogos e nas brincadeiras, inicialmente, eram de preparação, orientação e demonstração da atividade lúdica a ser desenvolvida, como pode ser verificado nos exemplos a seguir.

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança deitada em supino, cabeça sobre o plano inclinado, quadril e joelhos fletidos, pés apoiados no tablado.	P4 de frente para C7, dá o cone na mão direita de C7, pede para que leve o cone em direção ao pé esquerdo. Auxilia a subida da cabeça e tronco (trabalha os oblíquos abdominais).	Realiza a atividade proposta quatro vezes.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Criança sentada tenta encaixar peças sobre a base da tartaruga, mas não consegue. Tenta novamente, não consegue, depois deixa uma peça sobre a base da tartaruga.	Pega uma peça e encaixa sobre a base da tartaruga, oferece outra peça para C2 e solicita que tente novamente. Orienta: "Vai virando, vai tentando". Diz : "Isso é assim mesmo!"	Observa e pega a peça e tenta encaixar novamente. Observa a peça encaixada por P1, manipula e tenta encaixar a peça na base.

A participante preparou a atividade e esteve atenta ao desempenho da criança e, quando era necessário, fornecia orientações, ou seja, a sua atuação ativa permitiu o desenvolvimento do jogo ou da brincadeira. Kishimoto (1995) esclarece que as situações lúdicas criadas intencionalmente pelo adulto, com o objetivo de estimular a aprendizagem e o desenvolvimento infantil, refletem a dimensão educativa. A preparação e a atuação da participante acompanhando a atividade lúdica denotam o caráter educativo do jogo e da brincadeira, bem como a semelhança do papel do fisioterapeuta ao de um professor.

No exemplo descrito anteriormente, observou-se que P1, além de mostrar a C1 como proceder, orientou a execução da atividade e forneceu informações sobre as tentativas realizadas. Além das orientações para o melhor desempenho da criança, a participante elogiou e incentivou-a, em algumas situações. O incentivo à criança foi dado de forma verbal (Muito bem! Isso! Parabéns! Você é muito inteligente!) ou gestual (bate palmas) nos atendimentos de P1 à C1, de P3 à C6

e de P4 à C7. A orientação e o modo como acompanhou a execução da atividade, bem como a estimulação por meio de reforço foram eficientes, porque as participantes tinham clareza sobre o que devia ser feito e o como e o porquê do jogo e da brincadeira no atendimento. Oliveira (1998) acrescenta que o planejamento é fundamental para que haja um direcionamento da atividade, e para que o educador possa propor, conseguir e avaliar o que de fato se fez.

Além de demonstrar o jogo ou a brincadeira à criança, quando a atividade era de difícil execução ou compreensão, as participantes auxiliavam e acompanhavam o seu desenvolvimento. O auxílio do adulto se faz necessário, devido à dificuldade que a criança tem para realizar a atividade sozinha. Nesse sentido, Vigotskii (1988) explica que o bom ensino é aquele que faz a criança avançar, desafiando-a a vencer as etapas, a tentar aquilo que ainda não sabe, ou, ainda, a fazer aquilo de que não é capaz de fazer sem o auxílio de outros. No atendimento de P1 à C1 foi possível observar que a participante auxiliou a criança, inicialmente, durante a realização da atividade proposta, caracterizando-se como mediadora.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança sentada desvia o olhar para a sua direita.	Coloca uma peça de encaixe na mão direita de C1, segura nos antebraços de C1 e auxilia-a a bater a peça contra um chocalho. Solta os antebraços de C1.	Criança observa com atenção, permite a realização da atividade. Continua a atividade sozinha, sem o auxílio de P1, consegue, mas os movimentos são pouco coordenados.

As participantes continuavam a orientar as crianças durante a realização da atividade lúdica proposta, corrigindo quando necessário o processo de execução. Nesse sentido, é assim que P3 orientava e corrigia a realização das atividades lúdicas.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança deitada em supino com flexão bilateral de quadril e joelho, com os pés apoiados no tablado.	Coloca a bola entre os joelhos de C6, e diz: “segura a bola”. Diz: “Vamos contar devagar”. Diz: “Aperta mais”.	Começa a contar rapidamente. Conta até 10, junto com P3.

A ação de orientar e corrigir o que estava sendo realizado pela criança é fundamental para o processo de aprendizagem. Tani (2000) relata que o feedback negativo ou mecanismo de redução do erro leva ao desenvolvimento gradativo de padrões de movimentos precisos, refinados e consistentes, antes, inconsistentes. Leontiev (1988b) afirma que os jogos são importantes para o desenvolvimento infantil, visto que promovem o despertar da auto-avaliação das próprias habilidades e possibilidades. Portanto, o desenvolvimento do jogo e da brincadeira associados à orientação adequada do adulto pode levar à aprendizagem e ao desenvolvimento infantil, mas é importante que as atividades sejam planejadas de acordo com cada criança para que não ocorra frustração.

Outro modo de proceder considerado como comportamento ativo era

a realização, por parte da participante, de algum procedimento fisioterapêutico, enquanto a criança estava envolvida na atividade lúdica. Nesse caso, o jogo e a brincadeira tinham a função, geralmente, de entreter a criança ou de conseguir a realização dos procedimentos fisioterapêuticos, como pode ser observado no exemplo a seguir.

Comportamento de C11	Comportamento de P6	Comportamento de C11
Criança em posição prona no rolo, apoiada no abdômen, com as peças do quebra-cabeça a sua frente.	Faz alongamento passivo dos flexores do quadril no membro inferior à direita, solicita posicionamento adequado dos joelhos de C11.	Mexe nas peças do quebra-cabeça, enquanto isso permite ser manuseado. Começa a montar o quebra-cabeça.

Como comportamento passivo consideram-se as situações em que a participante realizava uma atividade lúdica e a criança brincava com outro brinquedo ou jogo ou fazia outra brincadeira, ou as situações em que a estagiária apenas observava a criança brincar ou conversava com ela, sem que houvesse interação ou avaliação. As participantes apresentaram um comportamento passivo em apenas algumas situações lúdicas. A participante P3, no atendimento de C6, em vários momentos, realizou várias atividades lúdicas independentes do brincar de C6 e apenas observou os jogos e as brincadeiras realizados pela criança.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada, mexe em peças de encaixe sobre o tablado	Pega o piano e mexe, enquanto a criança manipula peças de encaixe. Deixa o piano sobre o tablado.	Olha em direção ao piano, apenas segura as peças de encaixe. Volta a manipular as peças de encaixe.

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada está terminando de montar um “bicho” com as peças de encaixe.	Observa a atividade realizada e conversa com C6.	Termina de montar um “bicho” e começa a montar outro.

A participação ativa do fisioterapeuta ou do estagiário de Fisioterapia, preparando, orientando, mediando, corrigindo, durante as atividades lúdicas desenvolvidas nos atendimentos fisioterapêuticos denotam a presença de um processo educativo. Ao contrário, a passividade do fisioterapeuta ou do estagiário de Fisioterapia denotam o distanciamento do processo educativo e a aproximação com o ato de brincar ou com o passatempo.

4.4 Comparação Entre a Primeira e a Penúltima Semana de Estágio na Prática da Utilização de Jogos e Brincadeiras nos Atendimentos Fisioterapêuticos

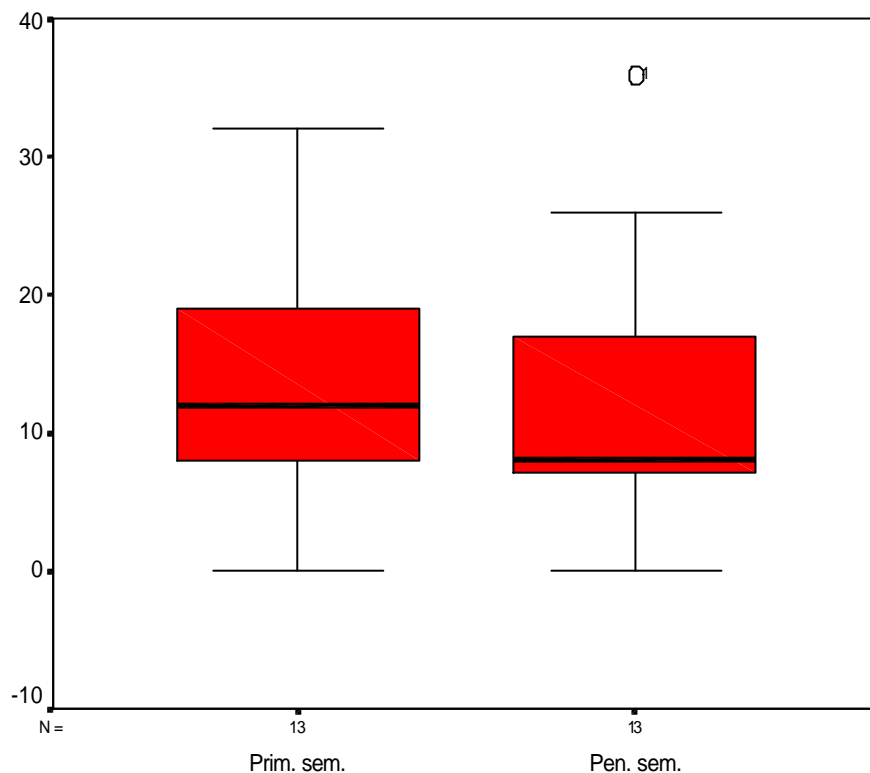
Nessa categoria foram comparados os atendimentos, da primeira com os da penúltima semana do estágio, realizados com jogos e brincadeiras, como também os recursos, a função, as respostas obtidas, a relação das atividades lúdicas com as características da criança e o comportamento da estagiária. Nos 26 atendimentos fisioterapêuticos foram observados 186 (primeira semana) e 158 (penúltima semana) jogos e brincadeiras (Quadro 9).

Quadro 9 – Ocorrência dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos observados.

Atendimentos observados	Primeira semana	Penúltima semana
P1/C1	32	36
P1/C2	12	1
P2/C3	16	17
P2/C4	8	8
P3/C5	12	8
P3/C6	27	12
P4/C5	8	12
P4/C7	19	18
P4/C8	18	8
P5/C3	25	26
P6/C9	0	0
P6/C10	1	7
P6/C11	8	5
Total	186	158

A mediana e os quartis (1^o/3^o) das ocorrências dos jogos e das brincadeiras foi de 12 (8/22) na primeira e 8 de (6/17,5) na penúltima semana, não havendo diferença estatisticamente significativa (Figura 1).

Figura 1 – Distribuição das ocorrências dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos realizados na primeira e penúltima semana de estágio.



($Z = -0,803$; $p = 0,422$; Teste de Wilcoxon para amostras pareadas)

O fato de não haver diferença estatisticamente significativa relativo ao número de ocorrências de jogos e brincadeiras, entre a primeira e a penúltima semana do estágio, demonstra que as atividades lúdicas são utilizadas tanto para a realização da avaliação quanto para o atendimento propriamente dito e que não está sob a influência do tipo de interação entre a participante e a criança. Oliveira, Pellizzari e Zamberlan (2001) observaram, em seus estudos, que as atividades lúdicas são uma constante nas instituições que atendem as pessoas com

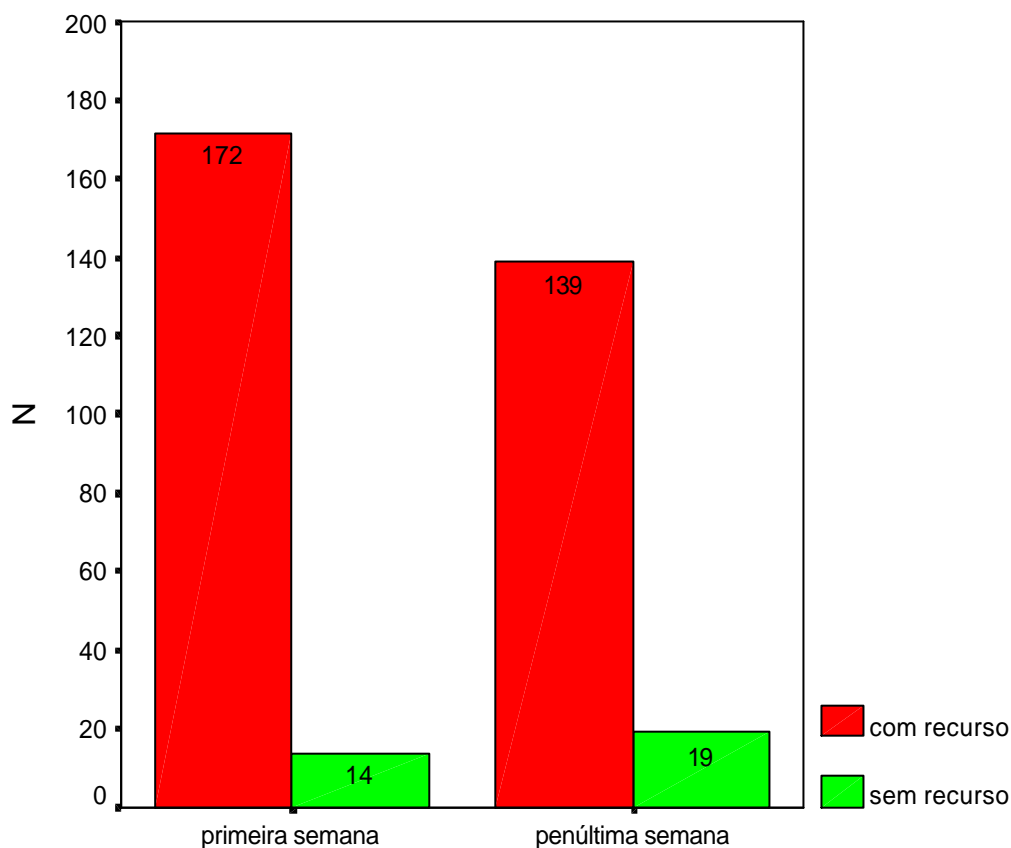
necessidades especiais, dados obtidos por meio de entrevista e observação. Mais especificamente, Araújo e Manzini (2001) reforçam a importância do recurso pedagógico durante todo o processo de ensino (avaliação, procedimentos de ensino e reavaliação) da criança com deficiência física.

As ocorrências dos jogos e das brincadeiras no momento da avaliação fisioterapêutica são fundamentais para observar o desenvolvimento global da criança, inclusive a área motora. As potencialidades e as necessidades da criança precisam ser reveladas por ela mesma, através de suas reações aos estímulos que recebe (CUNHA, 2000).

Já a ocorrência dos jogos e das brincadeiras no atendimento em si da criança favorece o seu desenvolvimento motor, ou seja, estimula as ações motoras. Antunha (2000, p. 38) vai além, quando afirma que “os jogos infantis são coadjuvantes do amadurecimento das funções cerebrais”, as quais, especificamente na área motora, promovem a disponibilidade para a ação. Assim, devido à importância do jogo e da brincadeira para o desenvolvimento e aprendizagem infantil, as atividades lúdicas devem ser utilizadas durante todo o processo de intervenção junto à criança, fato observado nos atendimentos fisioterapêuticos realizados pelas estagiárias durante a formação acadêmica.

Os jogos e as brincadeiras observados envolveram, em sua maioria, a presença de recursos (brinquedos e materiais gerais e específicos de fisioterapia), mas em algumas ocorrências não havia nenhum objeto de suporte da atividade lúdica (Figura 2).

Figura 2 – Ocorrência da utilização de recursos nos jogos e nas brincadeiras ocorridos nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, durante a primeira e a penúltima semana do estágio.



N = número de ocorrências ($p < 0,001$)

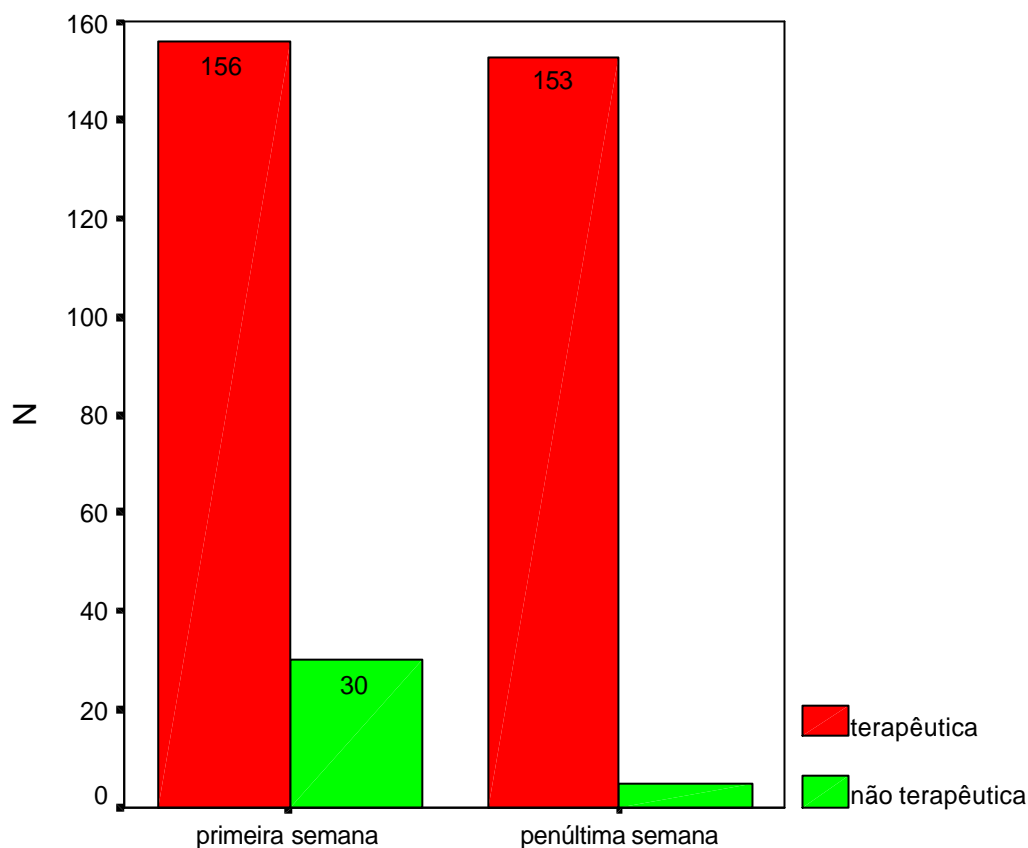
A diferença estatisticamente significativa entre a primeira e a penúltima semana de estágio, quanto a utilização de recursos no desenvolvimento de jogos e brincadeiras, revelou a modificação satisfatória na habilidade e desempenho das estagiárias observadas. O desenvolvimento de jogos e brincadeiras sem recurso aumentou de 14 (primeira semana) para 19 (penúltima semana), indicando que ao final do estágio as participantes conseguiam realizar atividades lúdicas sem o suporte do brinquedo.

Os jogos e as brincadeiras sem o suporte do brinquedo exigem das estagiárias maior criatividade, conhecimento da criança atendida e habilidade em desenvolver situações lúdicas. Com relação a isso, Maluf (2003, p. 45) afirma que “sem brinquedo, é muito mais difícil realizar uma brincadeira ... “. Outro fato a ser destacado é que o desenvolvimento de jogos e brincadeiras sem o auxílio de recursos demonstram que as estagiárias serão capazes de realizar atividades lúdicas mesmo com poucos brinquedos, situação que pode ocorrer na prática profissional.

Porém, é preciso deixar claro que a ausência de brinquedo na atividade lúdica ou no atendimento da criança não se impõe como regra, ao contrário, destaca-se como elemento enriquecedor na promoção da aprendizagem (ADAMUZ, BATISTA e ZAMBERLAN, 2000). Ainda, Cunha (2000) enfatiza que os brinquedos podem ser ótimos recursos pedagógicos, mas para isso é necessário conhecê-los e refletir sobre eles.

Nos jogos e nas brincadeiras desenvolvidos durante os atendimentos fisioterapêuticos observados prevaleceu a função terapêutica, porém em algumas ocorrências não havia função terapêutica (Figura 3).

Figura 3 – Ocorrência dos jogos e das brincadeiras com e sem função nos atendimentos fisioterapêuticos observados, durante a primeira e a penúltima semana do estágio.



N = número de ocorrências ($p = 0,08$)

A função atribuída ao jogo e à brincadeira, entre a primeira e a penúltima semana, não apresentou diferença estatisticamente significativa. A ausência de diferença demonstrou que não houve evolução satisfatória das participantes observadas quanto a finalidade dos jogos e das brincadeiras. Tal fato revelou que a experiência obtida nos diversos atendimentos prestados e a clareza quanto aos objetivos fisioterapêuticos não são suficientes para tornarem o jogo e a brincadeira terapêuticos. Ainda, reforçam que as atividades teóricas e práticas específicas são necessárias para tornar os jogos e as brincadeiras em recurso.

A partir do momento em que os objetivos se tornam mais claros, a seleção de procedimentos fisioterapêuticos específicos e as atividades lúdicas a serem realizados devem ser os passos subseqüentes. Para Antunes (2000), é a intenção explícita de provocar aprendizagem significativa que caracteriza o jogo como recurso pedagógico. Também Brougère (1998) afirma que é a função atribuída ao jogo, em relação à aprendizagem, que o torna educativo. Friedman (1998) caracteriza assim a relação entre meio e fins da atividade lúdica: o meio é para atingir determinados fins, como um objetivo pedagógico específico, e o fim em si mesmo existe quando a criança brinca por puro divertimento.

Assim, as estagiárias não apresentaram evolução significativa em relação a seleção de jogos e brincadeiras compatíveis aos objetivos fisioterapêuticos estabelecidos à criança, portanto, tiveram dificuldade em tornar a atividade lúdica em recurso terapêutico.

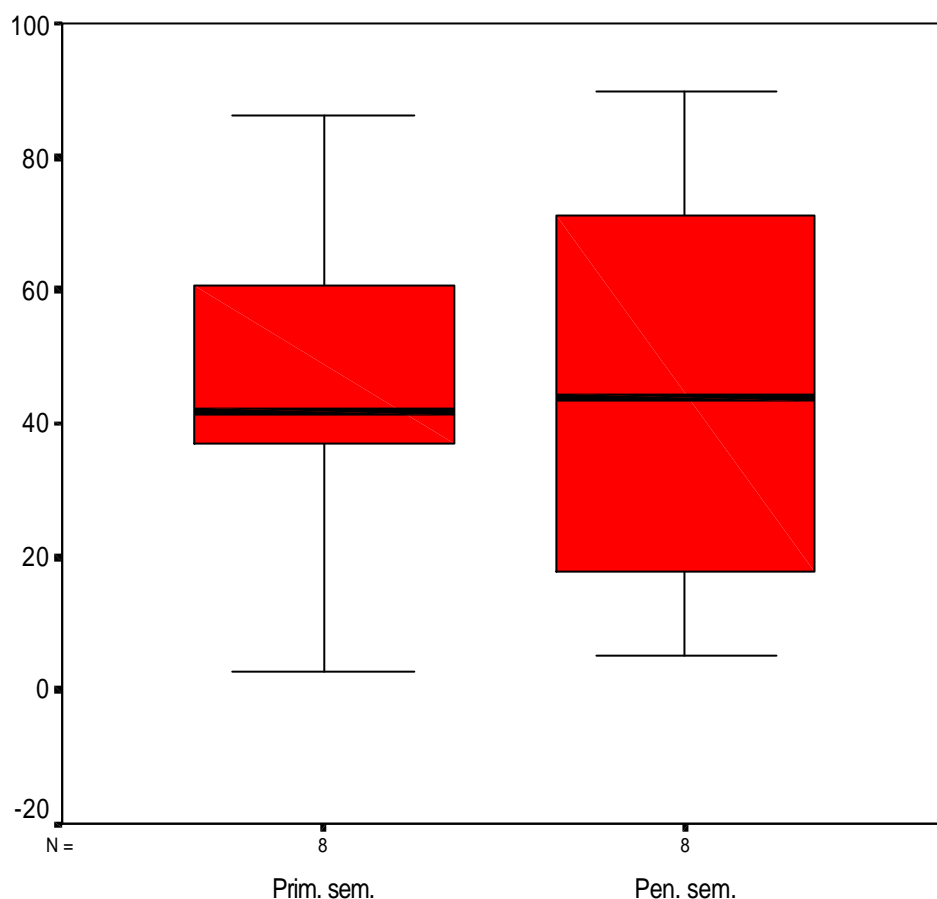
Com relação às funções terapêuticas da atividade lúdica nos atendimentos fisioterapêuticos observados, identificou-se que em uma ocorrência havia mais de um objetivo a ser alcançado. Os jogos e as brincadeiras tinham como função atingir um objetivo ou mais, totalizando 367 e 361, respectivamente, na primeira e penúltima semana do estágio (Quadro 10).

Quadro 10 – Ocorrência de funções terapêuticas identificadas nos jogos e nas brincadeiras realizados nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, durante a primeira e a penúltima semana do estágio.

Função Terapêutica	Primeira semana	Penúltima semana
Estabelecer vínculo com a criança	72	05
Tornar o atendimento fisioterapêutico mais agradável	42	54
Entreter a criança durante a realização de procedimento	41	61
Promover resposta motora	86	90
Contextualizar o movimento solicitado	35	81
Recompensar ou dar descanso após a realização de alguma atividade motora	03	05
Fornecer estímulo à criança	49	34
Obter a permissão para a realização de algum procedimento	39	31
Total	367	361

A mediana e os quartis ($1^{\circ}/3^{\circ}$) das funções terapêuticas identificadas nos jogos e nas brincadeiras foi de 41,5 (36,0/66,25) na primeira semana e 44,0 (11,5/76,0) na penúltima semana, não havendo diferença estatisticamente significativa (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição das ocorrências dos jogos e das brincadeiras com funções terapêuticas nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças, realizados durante a primeira e a penúltima semana do estágio.



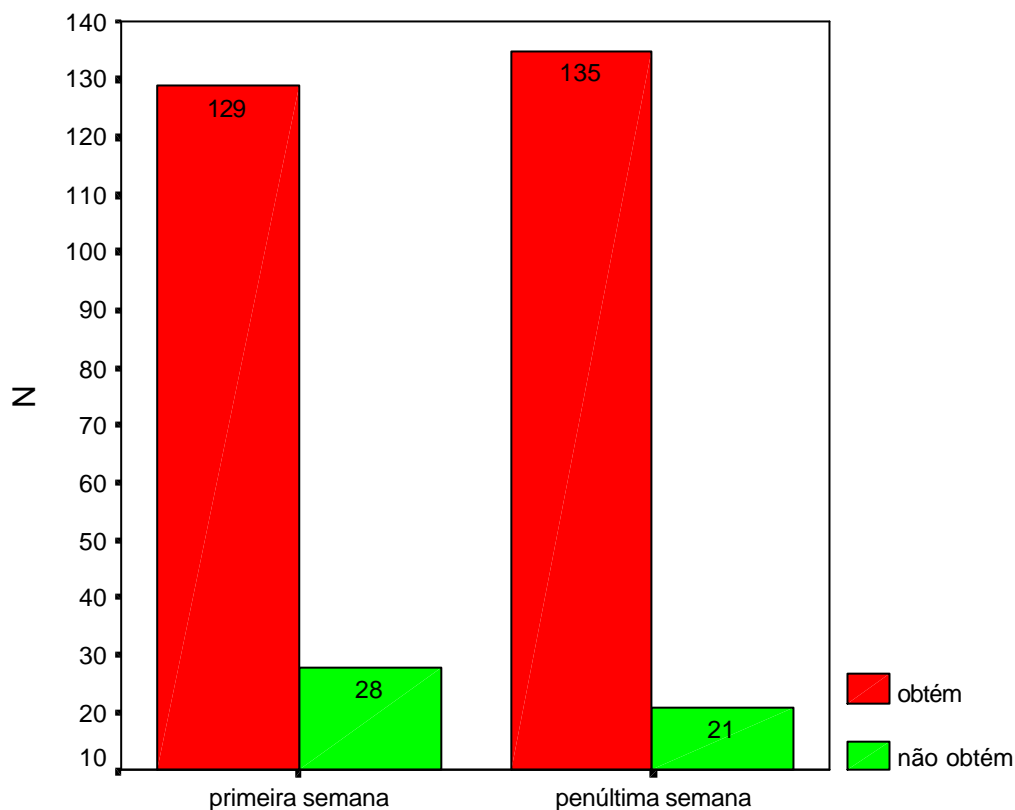
($Z = -0,280$; $p = 0,779$; Teste de Wilcoxon para amostras pareadas)

Embora tenham ocorrido algumas diferenças na função terapêutica atribuída ao jogo e à brincadeira, entre a primeira e a penúltima semana de estágio, como, por exemplo, estabelecer vínculo com a criança (72 ocorrências na primeira semana e 05 ocorrências na penúltima semana) e contextualizar o movimento solicitado (35 ocorrências na primeira semana e 81 ocorrências na penúltima semana), não houve diferença significativa entre ambos os períodos quanto a sua frequência. Porém, é preciso destacar a finalidade de estabelecer vínculo por meio

dos jogos e das brincadeiras, nos primeiros contatos da participante com a criança, e que a sua redução, ao final do estágio, demonstrou que esse objetivo foi atingido. A ausência de diferença estatisticamente significativa na frequência dos jogos e das brincadeiras com funções terapêuticas associadas entre a primeira e a penúltima semana de estágio não parece ser relevante na discussão acerca da formação do fisioterapeuta, visto que o aspecto mais importante é a manutenção do caráter educativo.

Os jogos e as brincadeiras desenvolvidos nos atendimentos fisioterapêuticos levaram à obtenção da resposta desejada (parcial ou completa) e à não-obtenção da resposta desejada. Em 31 ocorrências (29 na primeira e 2 na penúltima semana) não foi possível identificar se a resposta era desejada ou não (Figura 5).

Figura 5 – Ocorrência de respostas obtidas com a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos observados, durante a primeira e a penúltima semana do estágio.



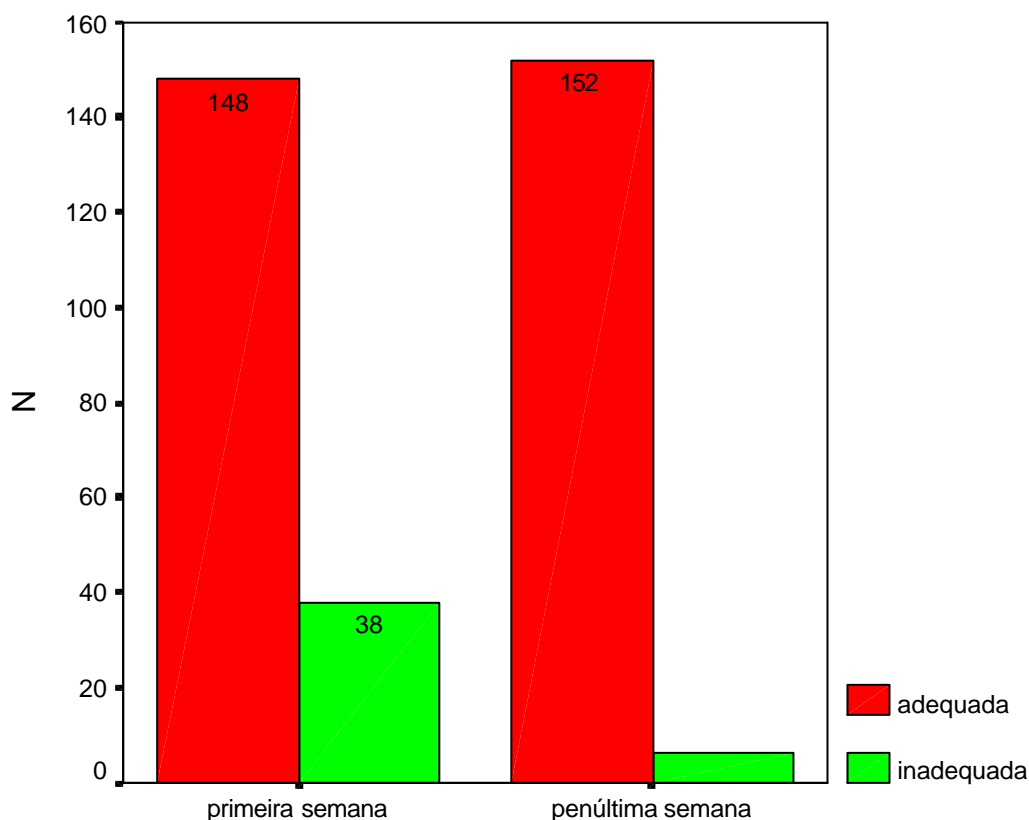
N = número de ocorrências ($p = 0,014$)

A diferença estatisticamente significativa entre a primeira e a penúltima semana revelou melhora quanto à efetividade dos jogos e das brincadeiras ao final do estágio, já que houve aumento na obtenção de respostas desejadas pelas participantes. A atividade lúdica torna-se recurso importante no atendimento fisioterapêutico de crianças, pois promove respostas, reações e comportamentos desejados. Segundo Brougère (1998), os resultados obtidos por meio dos jogos e das brincadeiras são atingidos seguramente com mais eficácia quando organizados e realizados sob a orientação do professor.

O aumento de respostas desejadas indica que as atividades lúdicas foram planejadas e basearam-se no conhecimento adquirido sobre a criança ao longo do estágio. Porém, Antunes (2000) ressalta que os jogos devem ser utilizados somente quando se constituir em auxílio eficiente e viável ao alcance de um objetivo.

Os jogos e as brincadeiras foram considerados como atividade adequada ou não à criança atendida, independentemente de ser ou não o brinquedo compatível com ela, ou até ter sido realizado sem nenhum recurso (Figura 6).

Figura 6 – Ocorrência dos jogos e das brincadeiras adequados ou inadequados às características da criança atendida, durante a primeira e a penúltima semana do estágio.



N = número de ocorrências (p = 0,046)

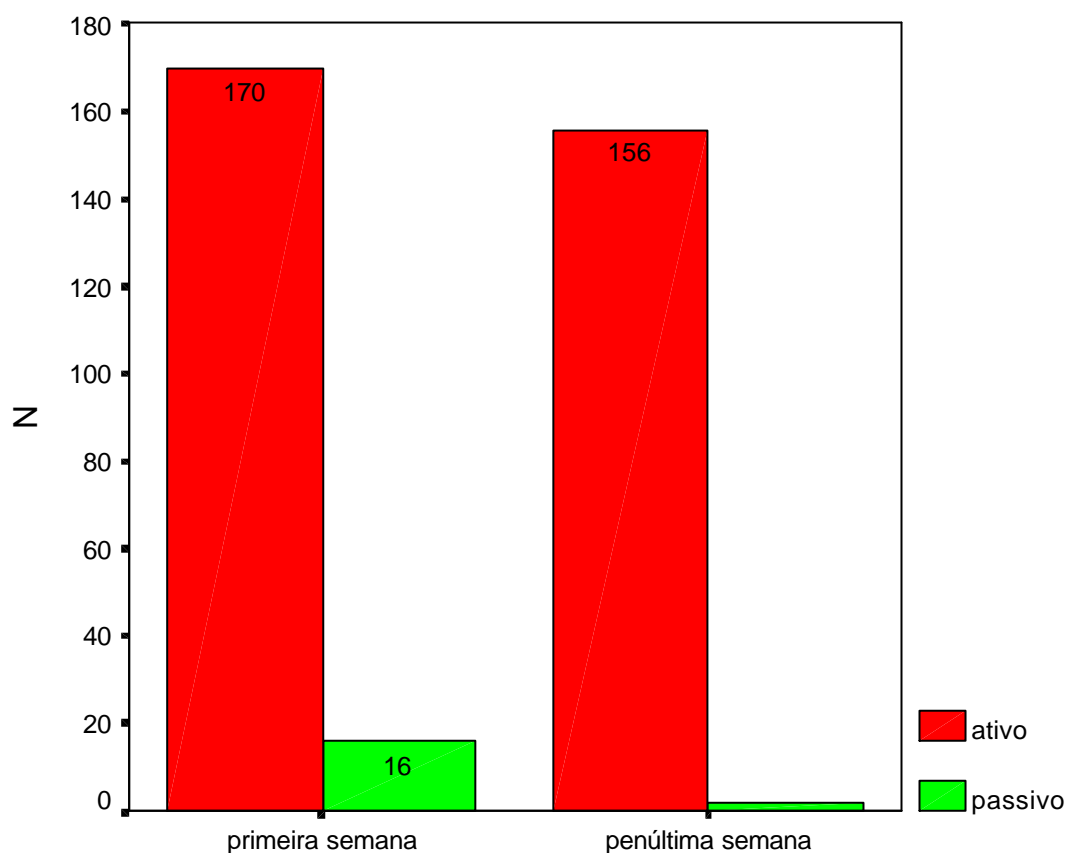
O fato de ocorrer diferença estatisticamente significativa na relação de adequação do jogo e da brincadeira com a criança atendida, entre a primeira e a penúltima semana, demonstrou que o conhecimento das participantes acerca da atividade lúdica no desenvolvimento infantil modificou-se no decorrer do estágio. Embora não tenha ocorrido atividade teórica e prática específica, durante o estágio, os jogos e as brincadeiras inadequadas devem ter sido modificadas devido as orientações do professor supervisor.

Kishimoto (1998b), com base em Bruner, refere que a supervisão é um sistema de trocas, em que o supervisor engaja o aprendiz na ação, reduz os graus de liberdade da tarefa aos limites adequados, orienta para a resolução de problemas, assinala características determinantes e mostra soluções possíveis. Nesse sentido, a orientação deve focar o jogo e a brincadeira como recurso e no desenvolvimento infantil, incluindo a criança com necessidades especiais.

Araújo e Manzini (2001, p. 1) afirmam para que ocorra adequação do recurso à criança deve-se considerar as “características motora, cognitiva, emocional e social da criança, bem como as exigências social, pedagógica, psicológica e física impostas pelo meio”. Já Friedman (1998) propõe que ao pensar em uma atividade lúdica, deve se considerar o tempo e o espaço de brincar, a relação entre meios e fins, o parceiro, os objetos e as ações físicas e/ou mentais. Essas reflexões sobre a atividade lúdica e o recurso envolvido devem ter início na formação acadêmica do fisioterapeuta, já que são fundamentais a todos que irão dedicar-se ao trabalho com crianças, portanto, devem ser incluídas como temas de discussão no estágio supervisionado.

O comportamento das estagiárias observadas foi considerado como ativo, quando participaram da atividade lúdica, ou passivo, quando permaneceram alheias ao jogo e à brincadeira da criança (Figura 7).

Figura 7 – Ocorrência do comportamento ativo e passivo da estagiária no jogo e na brincadeira, durante a primeira e a penúltima semana do estágio.



N = número de ocorrências ($p = 0,157$)

O comportamento das estagiárias foi passivo dezesseis vezes na primeira semana e duas vezes ao final do estágio, mas essa diferença estatisticamente não foi significativa. Vale acrescentar que as duas vezes em que o comportamento das estagiárias foi passivo na penúltima semana, durante os jogos e as brincadeiras, eles o foram nos atendimentos de P3 à C6 e de P5 à C3. No

atendimento de P3 à C6, o comportamento passivo ocorreu durante o período de descanso entre um procedimento fisioterapêutico e outro, intervalo necessário no caso da criança atendida, devido a sua doença. No atendimento de P5 à C3 na penúltima semana, o comportamento passivo da estagiária foi, provavelmente, em decorrência da falta de colaboração da criança durante a sessão. Registrou-se que, após o brincar livre, a estagiária tentou realizar procedimentos fisioterapêuticos.

Dessa forma, notou-se que o comportamento passivo da estagiária na primeira semana foi ocasionado pela falta de clareza quanto aos objetivos fisioterapêuticos e aos procedimentos indicados, o que levava ao brincar livre. Na penúltima semana o comportamento passivo das estagiárias decorreu de situações específicas. Assim, os dados desse estudo diferem dos resultados descritos por Gil e Robles (2001), visto que os autores referem que os educadores, durante os jogos e as brincadeiras, eram passivos com crianças maiores e ativos com criança menores.

A inclusão de discussão e orientação sistemática no estágio supervisionado sobre o jogo e a brincadeira no desenvolvimento infantil e como recurso educativo e/ou pedagógico poderia favorecer o desempenho das estagiárias em todos os aspectos, inclusive no papel de mediador do fisioterapeuta e na finalidade das atividades lúdicas à criança. Ainda, o conhecimento referente aos jogos e brincadeiras deve ser iniciado nas disciplinas teóricas e teórico-práticas, que antecedem o estágio supervisionado, durante a formação acadêmica do fisioterapeuta.

Mello et al. (1999) reforçam que é necessário ampliar o conhecimento acerca do brincar no contexto hospitalar para que se evolua do plano intuitivo para o conceitual e se possam beneficiar todas as crianças internadas, visto que os profissionais da área da saúde utilizam a atividade lúdica somente com aquelas que os tocam. Já Ratliffe (2000) refere que os profissionais da área da saúde precisam desenvolver a capacidade de “sentir” o brincar e ter flexibilidade e criatividade no trabalho com as crianças.

Belisário e Manzini (2001) sugerem cursos adicionais ou temáticos aos professores de instituições especializadas, com a finalidade de suprir a formação deficitária relativa à utilização e adaptação de recursos pedagógicos adaptados. Essa sugestão também pode ser feita aos fisioterapeutas que já estão atuando no atendimento à criança.

5 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos possibilitaram a identificação e a descrição dos vários aspectos envolvidos na prática da utilização dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos de crianças realizados pelas estagiárias do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina. A identificação e a descrição dos vários aspectos envolvidos na prática da utilização dos jogos e das brincadeiras foram realizadas de maneira detalhada e aprofundada, fato que permitiu compreender e estabelecer relações com a formação acadêmica do fisioterapeuta quanto à atividade lúdica no atendimento da criança.

As categorias e subcategorias elaboradas permitiram a análise do fenômeno observado, a utilização de jogos e brincadeiras pelas estagiárias de Fisioterapia nos atendimentos de crianças, em diferentes dimensões. Dessa forma, cada ocorrência do jogo e da brincadeira foi avaliada sob vários aspectos: frequência e duração das ocorrências, situações que ocasionaram a atividade lúdica, situações em que as atividades lúdicas não foram desenvolvidas, quem propôs, tipos e recursos utilizados, função, respostas obtidas, adequação, comportamento da estagiária na atividade lúdica e evolução na prática da utilização de jogos e brincadeiras.

Verificou-se nesse estudo que os jogos e as brincadeiras são utilizados pelas estagiárias, tanto na avaliação, quanto no atendimento propriamente dito, durante a intervenção fisioterapêutica junto à criança. A frequência e a duração das ocorrências dos jogos e das brincadeiras observados estavam relacionados, principalmente, às características da criança atendida, que ocasionavam a busca de um recurso que facilitasse o alcance dos objetivos fisioterapêuticos estabelecidos. Assim, observou-se que o objetivo da manifestação do lúdico no atendimento da criança é pontual: favorecer o desenvolvimento físico e/ou motor. Tal fato demonstra que a estagiária utiliza a atividade lúdica nos seus atendimentos, mas não explora o potencial dos jogos e das brincadeiras para o desenvolvimento global da criança.

As situações observadas que levaram a manifestação do lúdico eram o choro, a falta de colaboração ou permissão na realização de procedimentos fisioterapêuticos e a necessidade de participação ativa, ou seja, os jogos e as brincadeiras ocorriam quando se pretendia modificar o comportamento apresentado pela criança. Dessa forma, os jogos e as brincadeiras eram uma estratégia utilizada pela estagiária para modificar o comportamento da criança. Por outro lado, se a atividade não era compatível com os objetivos estabelecidos ou os procedimentos que deviam ser realizados, a estagiária interrompia o jogo ou a brincadeira. Essa interrupção caracterizava o jogo e a brincadeira como atividade-meio, diferindo do brincar que por si só é terapêutico.

Os jogos e as brincadeiras observados foram iniciados pela participante e pela criança. Prevalecendo a proposição da atividade pela estagiária.

A prevalência da proposição dos jogos e das brincadeiras pela estagiária denota o objetivo fisioterapêutico estabelecido como determinante nas atividades desenvolvidas no atendimento. Já a possibilidade de escolha, proporcionada pela participante, ou o jogo e a brincadeira desenvolvida com base no interesse da criança demonstram que a estagiária faz tentativa de democratizar, em algumas situações, e manter ou motivar a participação. Porém nem sempre o jogo e a brincadeira iniciados pela criança aconteciam, visto que a atividade proposta pode ser incompatível com o objetivo a ser alcançado. Vale destacar que as estagiárias apresentaram dificuldade em tornar o lúdico “terapêutico”, insistindo na proposição de atividades inadequadas, e, muitas vezes, não foram flexíveis em buscar outro objetivo mais compatível com a atividade iniciada pela criança, já que existem várias metas no atendimento fisioterapêutico. Essas dificuldades identificadas na proposição de atividades pelas participantes podem ser minimizadas ou suprimidas por meio do conhecimento sobre o lúdico na infância e do seu papel como recurso, da identificação dos vários objetivos no atendimento à criança, e do desenvolvimento de habilidades não-cognitivas, antes de iniciar as disciplinas de estágio supervisionado.

Vários tipos de jogos e brincadeiras foram observados. As atividades que mais ocorreram envolviam a bola como recurso e a manipulação do brinquedo. A diversidade de atividades lúdicas é fundamental no atendimento à criança, visto que existem vários objetivos fisioterapêuticos a serem alcançados e para que a sessão não se torne monótona. Novamente, a simples manipulação do brinquedo demonstra que o potencial do lúdico no desenvolvimento global da criança não é explorado. Isso decorre, provavelmente, do escasso conhecimento sobre o tema.

Por outro lado, a diversidade de atividades com a bola denota a tentativa de estimular o comportamento motor da criança, uma vez que esse brinquedo estimula a movimentação.

A presença do brinquedo no desenvolvimento de atividades lúdicas demonstrou que a concepção que as estagiárias têm de crianças ou de infância envolve o brincar e o brinquedo. Os brinquedos utilizados eram de largo alcance, ou seja, simples, permitindo a diversidade de atividades lúdicas. Dessa forma, é importante destacar que o acervo de brinquedos para o atendimento fisioterapêutico de crianças não precisa ser sofisticado e caro, ao contrário, deve ser simples e de largo alcance, pois são esses tipos de objetos que facilitam a diversidade de atividades lúdicas e despertam o interesse da criança por tempo prolongado.

A manifestação do lúdico no atendimento à criança apresentava caráter terapêutico. Os jogos e as brincadeiras, em sua grande maioria, eram atividades-meio para o alcance de objetivos fisioterapêuticos preestabelecidos, diferindo do brincar terapêutico. O “brincar” foi utilizado quando a estagiária não tinha claro os objetivos fisioterapêuticos. Nessa situação a atividade lúdica era aleatória e se apresentava como “passatempo”. Portanto, os objetivos propostos no atendimento à criança e os procedimentos apropriados devem ser definidos e claros para os estagiários de Fisioterapia, devendo resultar do conhecimento do quadro apresentado pela criança, somente assim o jogo e a brincadeira terão sua função de recurso assegurado.

Várias funções podiam ser identificadas em uma única ocorrência de jogo ou brincadeira, como, por exemplo, promover a interação entre a participante e a criança atendida e contextualizar o movimento desejado. As várias funções existentes em uma única atividade lúdica desenvolvida favorecem o atendimento fisioterapêutico, pois existem diversos objetivos a serem alcançados e são inúmeras as necessidades da criança. É possível realizar um paralelo entre a atividade lúdica com várias funções e o procedimento ou o manuseio que desenvolve vários aspectos motores; ambos potencializam e dinamizam o atendimento fisioterapêutico da criança.

Com referência à utilização do jogo e da brincadeira como estratégia para alcançar os objetivos estabelecidos nos atendimentos fisioterapêuticos observados, foi constatado que as respostas desejadas foram em maior número que as não desejadas. Os jogos e as brincadeiras que não levaram à resposta desejada foram decorrentes, provavelmente, da dificuldade em lidar com o imprevisto, em desenvolver algo significativo e interessante e em selecionar brinquedos e/ou atividade lúdica adequada e compatível com a criança. Além disso, a falta de planejamento da sessão levou à proposição de atividades lúdicas inadequadas, que estavam além ou aquém do potencial da criança, fato que interferiu na obtenção de respostas desejadas. Dessa forma, a formação acadêmica do fisioterapeuta deve contemplar a aquisição de habilidades, tais como, o conhecimento sobre o desenvolvimento global da criança e o lúdico na infância, sobre a criatividade, adaptação, improvisação, comunicação verbal e não-verbal, organização, planejamento e outras. Porém é preciso lembrar que a interação existente na situação lúdica pode levar à não-obtenção de respostas desejadas.

As estagiárias apresentaram comportamento ativo, em sua grande maioria, durante os jogos e as brincadeiras. A sua participação não era restrita à atividade lúdica, mas dizia respeito a tudo que ocorria no atendimento fisioterapêutico. Nos atendimentos fisioterapêuticos, as estagiárias preparavam a atividade, orientavam a realização, estimulavam e forneciam *feedback* à criança. Tais fatos demonstram que as estagiárias desempenharam o papel de mediador durante o processo de ensino e aprendizagem motora, função essencial ao fisioterapeuta que trabalha com a aquisição e o desenvolvimento de funções e habilidades. Assim, a utilização de jogos e brincadeiras, além de favorecer o alcance dos objetivos estabelecidos, auxilia o desenvolvimento do papel de mediador na formação do profissional fisioterapeuta.

A comparação entre a primeira e a penúltima semana de estágio na prática da utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos demonstrou melhora significativa estatisticamente nos seguintes aspectos: na possibilidade de desenvolver atividades lúdicas sem a presença de recurso; na redução de jogos e brincadeiras inadequados; e no aumento da obtenção de resposta desejada. O melhor desempenho das estagiárias na utilização dos jogos e das brincadeiras revelou que a experiência vivenciada, durante o estágio supervisionado, colaborou para o emprego do recurso lúdico nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças.

Porém, não ocorreu modificação significativa entre a primeira e a penúltima semana quanto à finalidade terapêutica da atividade lúdica e ao comportamento da estagiária durante o jogo e a brincadeira.

O tema o jogo e a brincadeira no desenvolvimento infantil e como recurso pedagógico deve ser incluído nas disciplinas teóricas e teórico-práticas, durante a formação acadêmica do fisioterapeuta. Além disso, faz-se necessária a discussão e a orientação sistemática na utilização da atividade lúdica e quanto ao papel do fisioterapeuta como mediador do desenvolvimento infantil, durante o estágio supervisionado. Tais propostas, a inclusão de tema, a discussão e a orientação na prática da utilização de jogos e brincadeiras, podem contribuir para o uso efetivo de estratégias educativas e/ou terapêuticas.

Finalmente, os resultados desse estudo de caso levam à necessidade de continuidade nas investigações acerca dos jogos e das brincadeiras na fisioterapia, incluindo a sua reaplicabilidade em outras instituições de ensino superior. Tais estudos, a serem desenvolvidos acerca dos jogos e das brincadeiras na fisioterapia podem ser variados, como, por exemplo:

- Verificar se ocorre modificação na prática da utilização de jogos e brincadeiras no atendimento a crianças, realizado por estagiários, mediante a inclusão de disciplina que trabalhe as habilidades necessárias ao desenvolvimento de atividades lúdicas;
- Estabelecer as principais dificuldades apresentadas pelo estagiário no atendimento fisioterapêutico da criança, por meio do relato verbal, durante a sua formação acadêmica;
- Identificar a percepção da criança com comprometimento motor a respeito do brincar e do atendimento fisioterapêutico;
- Levantar quais comportamentos, além do motor, são desenvolvidos nas atividades lúdicas utilizadas no atendimento fisioterapêutico de crianças.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁵

ABBOTT, A. L.; BARTLETT, D. J.; FANNING, J. E. K.; KRAMER, J. Infant motor development and aspects of the home environment. *Pediatric Physical Therapy*, Philadelphia, v. 12, p. 62-67, 2000.

ADAMUZ, R. C.; BATISTA, C. V. M.; ZAMBERLAN, M. A. T. Você gosta de brincar? Do quê? Com quem? In: SANTOS, S. M. P. (Org.). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 157-167.

AFLALO, C. Dicas para criar e manter uma brinquedoteca. In: FRIEDMAN, A. et al. *O direito de brincar*. 4. ed. São Paulo: Edições Sociais, 1998. p. 221-229.

ALENCAR, J. F.; MARINHO, L. F.; LUCENA, A. B.; GOMES, J.; MEDEIROS, L. M. Análise cinemática da marcha em pacientes hemiparéticos tratados nos serviços de Fisioterapia da UFPB. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*, v. 3, n. 1/3, p. 45-50, 1999.

AMARAL, M. N. C. Dewey: jogo e filosofia da experiência democrática. In: KISHIMOTO, T. M. (Org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 79-107.

ANDRÉ, M. E. D. A. *Etnografia da prática escolar*. 7. ed. Campinas: Papius, 1995. 128p. (Série Prática Pedagógica)

ANNUNCIATO, N. F. Comunicações: IV seminário sobre desenvolvimento infantil. *Temas sobre desenvolvimento*, São Paulo, v. 9, n. 52, p. 40-7, 2000.

ANTUNES, C. O jogo e o brinquedo na escola. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 37-42.

⁵ As referências bibliográficas estão descritas conforme a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.

ANTUNHA, E. L. G. Jogos sazonais: coadjuvantes do amadurecimento das funções cerebrais. In: OLIVEIRA, V. B. (Org.). *O brincar e a criança do nascimento aos 6 anos*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 33-56.

ARAÚJO, R. C. T.; LORENZINI, M. V. A educação psicomotora como atividade lúdica para crianças com deficiência física. *Revista brasileira de educação especial*, v. 2, n.3, p. 63-71, 1995.

ARAÚJO, R. C. T.; MANZINI, E. J. Recursos de ensino na escolarização do aluno com deficiência física. In: MANZINI, E. J. (Org.). *Linguagem, cognição e ensino do aluno com deficiência*. Marília: Unesp-Marília-Publicações, 2001. p. 1-12.

BELISÁRIO, A. E. P.; MANZINI, E. J. Um estudo sobre o trabalho pedagógico com o aluno deficiente físico. In: MANZINI, E. J. (Org.). *Linguagem, cognição e ensino do aluno com deficiência*. Marília: Unesp-Marília-Publicações, 2001. p. 127-140.

BERGER, W. Cerebral palsy: aspects of pathophysiology and principles of therapy. *Neurorehabilitation*, v. 10, p. 257-265, 1998.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. *Qualitative Research for Education: an introduction to theory and methods*. 2nd ed. United States of America: Allyn and Bacon, 1992. 262p.

BOMTEMPO, E. Brincar, fantasiar, criar e aprender. In: OLIVEIRA, V. B (Org.). *O brincar e a criança do nascimento aos seis anos*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 127-149.

BRACCIALLI, L. M. P.; RAVAZZI, R. M. Q. Dança: influência no desenvolvimento da criança com paralisia cerebral. *Temas sobre desenvolvimento*, São Paulo, v. 7, n. 38, p. 22-25, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 1210/2001, de 12 de setembro de 2001. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia*. Brasília, 2001.

BROUGÈRE, G. *Jogo e educação*. Porto Alegre: Artes médicas, 1998. 218p.

BURNS, Y. R.; MACDONALD, J. Princípios do tratamento fisioterapêutico. In: BURNS, Y. R.; MACDONALD, J. *Fisioterapia e crescimento na infância*. 1. ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999. p 123-130.

CARRIÈRE, B. *Bola Suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica*. São Paulo: Manole, 1999. 383p.

CARVALHO, A. M. P. O uso do vídeo na tomada de dados: pesquisando o desenvolvimento do ensino em sala de aula. *Pro-posições*, Campinas, v. 7, n. 1, p. 5-13, 1996.

CARVALHO, F. N.; FONSECA, A. P. C. Avaliação da marcha de pacientes hemiparéticos em tratamento com órtese elétrica funcional. *Med. Rehabil.*, v. 56, p. 5-10, 2001.

CHASE, L. et al. Perceptions of physical therapists toward patient education. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 73, n. 11, p. 787-797, 1993.

CHATEAU, J. *O jogo e a criança*. 2. ed. São Paulo: Summus, 1987. 139p. (Novas buscas em educação)

CHOSHI, K. Aprendizagem motora como um problema mal definido. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 3, p. 16-23, 2000.

CONNOLLY, K. Desenvolvimento motor: passado, presente e futuro. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 3, p. 6-15, 2000.

CUNHA, W. H. A. Alguns princípios de categorização, descrição e análise do comportamento. *Ciência e Cultura*, v. 28, n. 1, p. 15-24, 1976.

CUNHA, N. H. S. Brinquedoteca: definição, histórico no Brasil e no mundo. In: FRIEDMAN, A. et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. 4. ed. São Paulo: Edições sociais, 1998a. p. 37-52.

_____. Brincando com crianças excepcionais. In: FRIEDMAN, A. et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. 4. ed. São Paulo: Edições sociais, 1998b. p. 119-125.

_____. O brincar e as necessidades especiais. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 29-36.

DACRE, J. et al. The development of a clinical skills centre. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, London, v. 30, n. 4, p. 318-324, 1996.

DANNA, M. F.; MATOS, M. A. *Ensinando Observação: uma introdução*. 2. ed. São Paulo: Edicon, 1986. 159p.

DAVIES, P. M. *Recomeçando outra vez: reabilitação precoce após lesão cerebral traumática ou outra lesão severa*. São Paulo: Editora Manole, 1997. 475p.

DAVYDOV, V. V. Influence of L. S. Vygotsky on education theory, research, and practice. *Educational Researcher*, v. 24, n. 3, p. 12-21, 1995.

DE CONTI, L.; SPERB, T. M. O brinquedo de pré-escolares: um espaço de ressignificação cultural. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 17, n. 1, p. 59-67, 2001.

DESSEN, M. A. C. Tecnologia de vídeo: registro de interações sociais e cálculos de fidedignidade em estudos observacionais. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 11, n. 3, p. 223-227, 1995.

DESSEN, M. A. C.; BORGES, L. M. Estratégias de observação do comportamento em psicologia do desenvolvimento. In: ROMANELI, G.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 31-50.

DUARTE, N. *Educação escolar, teoria do cotidiano e a escola de Vigotski*. Campinas: Autores Associados, 1996. 115p. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo)

FAGUNDES, A. J. F. M. *Descrição, definição, e registro do comportamento*. 12. ed. São Paulo: EDICON, 1999. 126p.

FINNIE, N. A. *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1980. 351p.

FRIEDMAN, A. *Brincar: crescer e aprender*. São Paulo: Moderna, 1996. 128p.

_____. A evolução do brincar. In: FRIEDMAN, A. et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. 4. ed. São Paulo: Edições sociais, 1998. p. 25-36.

FUJISAWA, D. S. *Utilização de jogos e brincadeiras como recurso no atendimento fisioterapêutico de crianças: implicações na formação do fisioterapeuta*, 2000. 147f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2000.

_____. Atendimento fisioterapêutico de crianças: uma análise na perspectiva da teoria histórico-cultural. *Temas sobre desenvolvimento*, São Paulo, v. 11, n. 63, p. 37-44, 2002.

FUJISAWA, D. S. et al. A orientação na prática fisioterapêutica. In: MARQUEZINE, M. C. et al (Orgs.). *Novos rumos da Educação Especial*. Londrina: UEL, 2002. p. 1002-1006. 1 CD-ROM.

FUJISAWA, D. S.; GARANHANI, M. R. Perspectivas de mudanças na formação do profissional fisioterapeuta. *Olho Mágico*, Londrina, v. 8, n. 2, p. 6-7, 2001.

GALVAN, C. C. et al. *Projeto educativo do curso de fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina*. Londrina: UEL, 1998. 113p.

GARON, D. Classificação e análise de materiais lúdicos: O sistema ESAR. In: FRIEDMAN, A. et al. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. 4. ed. São Paulo: Edições Sociais: Abring, 1998. p. 173-86.

GIL, M. S. C. A.; ROBLES, H. S. M. Educadores também brincam? Brincadeiras e instruções com crianças de um a cinco anos. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; TANAKA, E. D. O. (Orgs.). *Perspectivas multidisciplinares em educação especial II*. Londrina: Editora UEL, 2001. p. 451-458.

GUSMAN, S.; TORRE, C. A. Fisioterapia em paralisia cerebral. In: SOUZA, A. M. C.; FERRARETTO, I. *Paralisia cerebral: aspectos práticos*. São Paulo: Memnon, 1998. p. 169-206.

HAYES, K. W.; HUBER, G.; ROGERS, J.; SANDERS, B. Behaviors that cause clinical instructors to question the clinical competence of physical therapist students. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 79, n. 7, p. 653-671, 1999.

HAYWARD, L. M.; NOONAN, A. C.; SHAIN, D. S. Qualitative case study of physical therapist students' attitudes, motivations, and affective behaviors. *Journal of Allied Health*, v. 28, n. 3, p. 155-164, 1999.

HOLEY, L. A. A new way to assess practical physiotherapy skills. *Medical Teacher*, v. 15, n. 4, p. 379-387, 1993.

HRACHOVY, J. et al. Use of The Blue MACS: acceptance by clinical instructors and self-reports of adherence. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 80, n. 7, p. 652-661, 2000.

HUANG, H. J.; MERCER, V. S. Dual-task methodology: applications in studies of cognitive and motor performance in adults and children. *Pediatric Physical Therapy*, Philadelphia, v. 13, p. 133-140, 2001.

HUIZINGA, J. *Homo ludens: o jogo como elemento da cultura*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1990. 243p.

JENSEN, G. M. et al. Expert practice in physical therapy. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 80, n. 1, p. 28-52, 2000.

KELLER, A.; WEINTRAUB, N. D.; MIYASHITA, E. Tactile experience determines the organization of movement representations in rat motor cortex. *NeuroReport*, v. 7, n. 14, p. 2373-23, 1996.

KIELHOFNER, G. Modelo de ocupação humana: parte II. *Revista de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 1, n. 2, p.114-123, 1990.

KISHIMOTO, T. M. O jogo e a educação infantil. *Pro-Posições*, Campinas, v. 6, n. 2, p. 46-63, 1995.

_____. Brinquedo e brincadeira: usos e significações dentro de contextos culturais. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). *Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos*. Petrópolis: Vozes, 1997a. p. 23-43. (Coleção Brinquedoteca, 1)

_____. O jogo e a educação infantil. In: _____ (Org.). *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997b. p. 13-43.

_____. Froebel e a concepção de jogo infantil. In: _____ (Org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira, 1998a. p. 57-78.

_____. Bruner e a brincadeira. In: _____ (Org.). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira, 1998b. p. 139-154.

_____. Brinquedos e materiais pedagógicos nas escolas infantis. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 229-245, 2001.

KNUDSON, D. V.; MORRISON, C. S. *Análise qualitativa do movimento humano*. São Paulo: Manole, 2001. 213p.

KOPELMAN, P. Learning skills and the acquisition of clinical skills. *Medical Education*, v. 31, n. 1, p. 17-19, 1997.

KREPPNER, K. Sobre a maneira de produzir dados no estudo da interação social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 97-107, 2001.

LEONTIEV, A. N. Os princípios psicológicos da brincadeira pré-escolar. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone, 1988a. p. 119-142.

LEONTIEV, A. N. Uma contribuição à teoria do desenvolvimento da psique infantil. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone, 1988b. p. 59-84.

LEVITT, S. *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*. São Paulo: Manole, 2001. 286p.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. 99p. (Temas básicos de educação e ensino)

LURIA, A. R. A psicologia experimental e o desenvolvimento infantil. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone, 1988. p. 85-102.

MALMSKOG, S.; MCDONELL, A. P. Teacher-mediated facilitation of engagement by children with developmental delays in inclusive preschools. *Topics in early childhood special education*, v. 19, n. 4, p. 203-216, 1999.

MALUF, A. C. M. *Brincar: prazer e aprendizado*. Petrópolis: Vozes, 2003. 111p.

MANOEL, E. J. Desenvolvimento motor: padrões em mudança, complexidade crescente. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 3, p. 34-54, 2000.

MANZINI, E. J.; GONÇALVES, A. G. O brinquedo como recurso auxiliar no atendimento fisioterapêutico da criança com deficiência física. *Quaestio – Revista de estudos de educação*. Sorocaba, n. 1, p. 69-78, 2000.

MAY, W. W.; MORGAN, B. J.; LEMKE, J. C. *Journal of Physical Therapy Education*, v. 9, n. 1, p. 3-6, 1995.

MELLO, C. O. et al. Brincar no hospital: assunto para discutir e praticar. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 15, n. 1, p. 65-74, 1999.

MELLO, S. A. Algumas implicações pedagógicas da Escola de Vygotsky para a educação infantil. *Pro-Posições*, v. 10, n. 1, p. 16-27, 1999.

MITRE, R. M. A. *Brincando para viver: um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar*. Rio de Janeiro, 2000. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Osvaldo Cruz.

MOHAY, H. Focalizando a criança, a família e o terapeuta. In: BURNS, Y. R.; MACDONALD, J. *Fisioterapia e crescimento na infância*. 1. ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999. p. 5-30.

NEGRINE, A. Simbolismo e jogo. In: SANTOS, S. M. P. *Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 44-54.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. (Orgs.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66. (Coleção Temas Sociais)

OLIVEIRA, C. E. N.; SALINA, M. E.; ANNUNCIATO, N. F. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 6-13, 2001.

OLIVEIRA, S. A.; PELLIZZARI, N. C. S.; ZAMBERLAN, M. A. T. O jogo em instituições de atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais em Londrina e região. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; TANAKA, E. D. O. (Orgs.). *Perspectivas multidisciplinares em educação especial II*. Londrina: Editora UEL, 2001. p. 535-542.

OLIVEIRA, Z. M. O. et al. *Creches: crianças, faz de conta & cia*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 128p.

PELLEGRINI, A. M. A aprendizagem de habilidades motoras I: o que muda com a prática? *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 3, p. 29-34, 2000.

PREVEDEL, T. T. S.; MANZINI, E. J. Expectativas e concepções sobre a fisioterapia: o ponto de vista da criança com deficiência física e o ponto de vista da família. In: MANZINI, E. J.; BRANCATTI, P. R. (Orgs.). *Educação Especial e estigma: corporeidade, sexualidade e expressão artística*. Marília: Unesp Marília Publicações, 1999. p. 111-129.

RATLIFFE, K. T. *Fisioterapia: Clínica Pediátrica – Guia para a equipe de fisioterapeutas*. 1. ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2000. 451p.

SANFORD, J.; STRATFORD, P.; SOLOMON, P. Clinical evaluation: physiotherapists' ranking of competencies. *Medical teacher*, v. 15, n. 4, p. 369-377, 1993.

SANTOS, S. M. P. Atividades lúdicas. In: SANTOS, S. M. P. (Org.). *O lúdico na formação do educador*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 19-27. (Coleção Brinquedoteca)

SEITZ, R. J.; FREUND, H. J. Plasticity of the human motor cortex. *Brain Plasticity, Advances in Neurology*, v. 73, p. 321-33, 1997.

SERRANO GISBERT, M. F.; GÓMEZ-CONESA, A. La comunicación en la docencia de fisioterapia: posibilidades y barreras. *Fisioterapia*, v.24, n.1, p. 25-29, 2002.

SHEPHERD, R. B. *Fisioterapia em Pediatria*. 3. ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1995, 421p.

STITH, J. S. et al. Personal, interpersonal, and organizational influences on student satisfaction with clinical education. *Physical Therapy*, Alexandria, v. 78, n. 6, p. 635-645, 1998.

STROHSCHNEIN, J.; HAGLER, P.; MAY, L. Assessing the need for change in clinical education practices. *Physical therapy*, Alexandria, v. 82, n. 2, p. 160-172, 2002.

STYER-ACEVEDO, J. Fisioterapia para crianças com paralisia cerebral. In: TECKLIN, J. S. *Fisioterapia Pediátrica*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 98-140.

TANI, G. Processo adaptativo em aprendizagem motora: o papel da variabilidade. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 3, p. 55-61, 2000.

THORPE, D. E.; VALVANO, J. The effects of knowledge of performance and cognitive strategies on motor skill learning in children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, Philadelphia, v. 14, p. 2-15, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

UMPHRED, D. A. *Fisioterapia Neurológica*. São Paulo: Editora Manole, 1994. 876p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. *Catálogo dos Cursos de Graduação - 1999*. Londrina: Ed. UEL, 1999. 853p.

_____ Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução CEPE 34/2001. *Regulamento do Estágio Supervisionado Curricular do Curso de Fisioterapia*. Londrina, 2001.

_____ Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Resolução CEPE 38/2002. *Regulamento dos Estágios Curriculares da Universidade Estadual de Londrina*. Londrina, 2002.

VAN DER WEEL, F. R.; VAN DER MEER, A. L. H.; LEE, D. N. Effect of task on movement control in cerebral palsy: implications for assessment and therapy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, London, v. 33, p. 419-426, 1991.

VENGUER, L. *Temas de Psicología Preescolar*. Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1986.

VIGOTSKI, L. S. *Fundamentos de Defectología*. Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1995a, T. 5, 335p. (Obras completas)

VIGOTSKII, L. S. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Ícone, 1988. p. 103-117.

VYGOTSKY, L. S. *Obras escolhidas*. Madri: Visor, 1995b. V. 3.

WAJSKPOP, G. A brincadeira infantil na educação pré-escolar paulista e parisiense: o que pensam sobre ela os adultos? *Pro-Posições*, v. 7, n. 3, p. 51-64, 1996.

WEBER, D. A.; EASLEY-ROSEMBERG, A. Creating an interactive environment for pediatric assessment. *Pediatric Physical Therapy*, Philadelphia, v. 13, p. 77-84, 2001.

WINSTEIN, C. J. Theoretical perspective and assumptions on motor learning, and control. In: *International Meeting of the World Confederation for Physical Therapy*, 12 th, 1995, Washington.

WONG, V. Use of botulinum toxin injection in 17 children with spastic cerebral palsy. *Pediatric Neurology*, New York, v. 18, n. 2, p. 124-131, 1998.

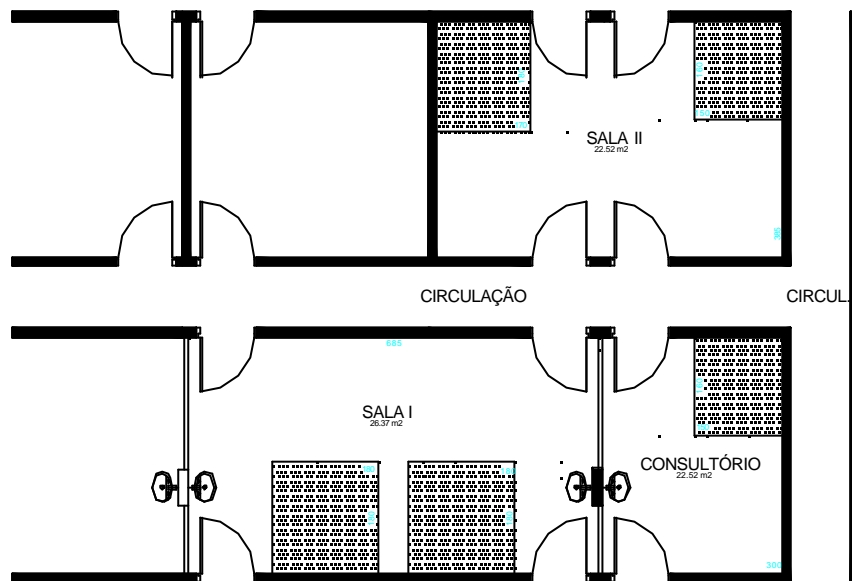
YAGÜE SEBASTIAN, M. P.; YAGÜE SEBASTIAN, M. Y. Tratamiento fisioterápico en la parálisis cerebral dentro del ámbito educativo: a propósito de un caso clínico. *Fisioterapia*, v. 24, n. 4, p. 196-205, 2002.

ZAPORÓZHETS, A. Importancia de los Periodos Iniciales de la Vida en la Formación de la Personalidad infantil. In: DAVYDOV, V.; SHUARE, M. (Orgs.). *La Psicología Evolutiva y Pedagógica en la URSS*. Moscou: Editorial Progreso, 1987. p. 228-49.

Anexo

ANEXO 1

PLANTA FÍSICA



APÊNDICE

APÊNDICE 1

MATERIAS DISPONÍVEIS

MATERIAIS GERAIS E ESPECÍFICOS DE FISIOTERAPIA

- 3 aquecedores de ambiente
- 1 carrinho de madeira para empurrar
- 1 bandeja de madeira com recorte (50 x 37 cm.)
- 1 banquinho com rodinhas
- 1 banco (50 x 50 cm. com 30 cm. de altura)
- 1 conjunto de banco (89 x 23 cm. com 40 cm. de altura e 89 x 27 cm. com 49 cm. de altura)
- 1 conjunto de banco com duas unidades (44 x 27 cm. com 23 cm. de altura e 33 x 28 cm. com 14 cm. de altura)
- 1 conjunto de banco com três unidades (60 x 27 cm. com 30 cm. de altura, 44 x 27 cm. com 23 cm. de altura e 34 x 27 cm. com 16 cm de altura)
- 2 cadeirinhas de madeira
- 1 cadeirinha de plástico
- 2 stand-table
- 1 cadeirão com estabilizador de cabeça
- 1 espelho móvel (1,40 x 1,60 m.)
- 8 planos inclinados de tamanhos variados
- 14 rolos de madeira e espuma revestidos de couro de tamanhos variados
- 2 rolos infláveis (azul e amarelo)
- 2 feijões azuis grandes
- 1 feijão roxo pequeno
- 8 bolas Bobath de tamanhos variados
- 1 bola Bobath espinhuda
- 3 almofadas revestidas de couro
- 1 travesseiro de isopor
- 2 posicionadores de cabeça de espuma revestidos de couro

BRINQUEDOS

Brinquedos para berço, encaixes de formas e cores, brinquedos para apertar, bater, puxar, empurrar, brinquedos para areia e água e outros brinquedos de estimulação e coordenação motora, para ação e descoberta:

- 2 baldes vermelhos contendo peças de Lego (pré-escolar)
- 2 tartarugas de encaixar
- 1 jogo caixa-encaixa
- 2 jogos de copinhos de encaixe coloridos com 4 unidades
- 2 jogos de caixas de madeira para encaixar com 4 unidades
- 1 jogo de anéis de plástico para encaixar
- 1 jogo de encaixes de formas geométricas
- 1 carrinho de madeira perfurado com pinos coloridos para encaixar
- 1 pino com argolas para empilhar
- 1 pino com quadrados para empilhar
- 3 palhaços de montar
- 1 cachorro de montar
- Mil quadros (1 base de plástico com 102 peças coloridas para encaixar, para crianças a partir de 3 anos)
- 1 losango magnético (1 quadro magnético com 72 peças de ímãs para fixar)
- 1 pé de borracha flexível
- 1 telefone de borracha flexível
- 1 cachorro de borracha flexível
- 1 Dálmata de borracha flexível
- 1 baleia de borracha flexível
- 2 carros de borracha flexível
- 1 hambúrguer de borracha flexível
- 7 chocalhos
- 2 molhos de chaves de plástico
- 1 cachorro com rodinhas e coleira para puxar

Bonecas, bonecos, bichos e acessórios:

- 1 boneco Fofão
- 1 boneca Monica
- 1 boneca Hello Kitty de pano
- 1 boneco “anão Feliz”
- 3 bonecas de plástico
- 3 bonecas de pano
- 1 monstrinho de pano roxo
- 1 ursinho de pelúcia
- 1 cachorro de plástico
- 1 urso de plástico

Móveis, louças, telefones e outros utensílios de casinha:

- 1 relógio de plástico
- 1 máquina de costura
- 1 cestinha de plástico
- 1 balde
- 1 jogo de mantimentos
- 1 jogo de cozinha embutido (fogão, armário, pia e exaustor)
- 1 jogo de xícaras
- 2 jarras de plástico
- 1 fogão

Veículos e acessórios:

- 4 carrinhos plásticos
- 1 tanque de guerra
- 1 jeep de plástico vermelho
- 1 caminhão de plástico colorido
- 1 carrinho de pano
- 1 avião
- 1 trem
- 1 motocicleta com motoqueiro
- 1 bicicleta de miniatura

Bolas, cordas de pular, boliches, petecas, pingue-pongue, bóias, pipas, balanços, escorregadores, bicicletas, patins, tacos, redes e outros brinquedos para exercícios físicos e habilidades:

- 6 bolinhas (1 azul, 1 verde, 1 amarelo, 1 laranja, 2 transparentes)
- 26 bolas de tamanhos variados
- 1 bolinha espinhuda
- 1 jogo de boliche

Instrumentos e brinquedos musicais:

- 1 violão de plástico
- 1 tambor com 2 hastes para repicar
- 1 piano
- 1 pandeiro
- 1 corneta
- 1 casinha de corda (musical)

Brinquedos de construção e montagem:

- 1 carrinho de madeira com blocos de encaixe
- Blocos de montar da Monica

Lotos, dominós, jogos de tabuleiro, pebolim, futebol de botão, cartas, jogos de ação, jogos de estratégia e outros jogos de sociedade:

- 1 jogo de dominó da Monica (para crianças a partir de 4 anos)

Quebra-cabeças:

- 1 quebra-cabeça de números para fazer tapete no chão
- 1 quebra-cabeça com 42 peças (para crianças a partir de 4 anos)
- Blocos em madeira para montar uma figura - zoológico (para crianças a partir de 2 anos)

Lupas, binóculos, lunetas, caleidoscópios, microscópios, kits de química, biologia, física, brinquedos de letras, números, palavras, línguas, noções de geografia, história e outros objetos para aprendizagem e descoberta:

- 1 dado de pano com letras
- 1 jogo de memória (para crianças a partir de 4 anos)

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Nome do estudo:

“Formação do fisioterapeuta: a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos de crianças”

Informações aos pais e/ou responsável pelo menor:

1 Justificativa e objetivos da pesquisa:

Este trabalho tem como objetivo descrever a utilização dos jogos e brincadeiras pelos estagiários de Fisioterapia nos atendimentos de crianças. A fisioterapia tem procurado desenvolver métodos e técnicas que favoreçam a evolução sensório-motora, compreender e utilizar os brinquedos, brincadeiras e jogos de maneira mais efetiva proporcionará estímulos para o desenvolvimento global da criança.

2 Procedimentos a serem utilizados:

Serão selecionados estagiários do 4º ano do curso de Fisioterapia que prestam atendimento no ambulatório de fisioterapia em pediatria do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

- O atendimento fisioterapêutico é realizado por estagiários do 4º ano do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina, supervisionados pelos docentes do Setor de Pediatria. Os docentes e estagiários envolvidos serão informados e consultados previamente sobre a realização das filmagens dos atendimentos fisioterapêuticos, bem como sobre a solicitação de contribuição nos momentos necessários.
- Após a seleção dos estagiários a serem filmados realizando o atendimento fisioterapêutico, os pais e/ou responsáveis pelo menor serão informados sobre o estudo a ser realizado quanto aos objetivos e procedimentos envolvidos, além de outras informações que forem necessárias. Podendo os pais e/ou responsáveis neste momento concordar ou não em se submeter a filmagem proposta.

- Os dados de identificação e quadro motor, além de outras informações que forem necessárias, serão levantadas no prontuário e através dos estagiários e docentes envolvidos no atendimento da criança.
- Serão filmados os atendimentos realizados às crianças que freqüentam regularmente o Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, por estagiários que são acadêmicos do quarto ano do Curso de Fisioterapia da instituição de ensino superior público. Os atendimentos fisioterapêuticos duram em média de trinta à quarenta minutos, que serão filmados em fitas de vídeo pelo Setor de Documentação Científica da instituição. A filmadora será fixada em um tripé com o foco para o tablado em que se realiza o atendimento, visando obter as cenas em que ocorram a utilização dos jogos e brincadeiras. Pretende-se com a fixação da filmadora em tripé evitar a presença constante de pessoas no interior da sala para interferir o menos possível na situação de atendimento.

3 Desconforto e riscos:

Não há riscos previstos, porém o que pode ocorrer é a necessidade de repetir algumas filmagens devido a qualidade de imagens obtidas e/ou interferência na situação de atendimento, em que a criança e/ou estagiário não se sintam à vontade pela presença da filmadora na sala.

4 Benefícios esperados:

Pretende-se com a realização deste trabalho possibilitar a exploração de todo potencial dos jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos à criança como um facilitador no alcance dos objetivos de tratamento propostos e do desenvolvimento infantil, através da valorização do papel dos brinquedos, jogos e brincadeiras atribuídos pelos fisioterapeutas. Os brinquedos, brincadeiras e jogos são para a criança um ofício, o seu dia-dia, aliá-los a uma atividade terapêutica permitirá a execução ou o aprendizado de uma ação motora, ou seja, um movimento

que levará ao manuseio de um objeto, a participação, a descoberta, a sensações diferentes, ao invés de algo solto e perdido, sem objetivo. Desta forma, estes movimentos com objetivos terão maior possibilidade de serem incorporados a outros, permitindo a sua utilização no dia-dia para a exploração de tantas coisas existentes ainda não descobertas, favorecendo ao desenvolvimento sensório-motor, social, afetivo, cognitivo e da linguagem. Além disso, proporcionar prazer e diversão numa atividade terapêutica, é considerar o paciente que está a sua frente, no caso a criança, como um ser humano.

5 Informações adicionais a respeito deste estudo:

Na pesquisa será analisada as cenas obtidas das filmagens dos atendimentos fisioterapêuticos realizado por estagiários às crianças.

6 Confiabilidade do estudo:

Os participantes desta pesquisa em hipótese alguma terão sua identidade divulgada para outras pessoas ou entidades, além daquelas que participam efetivamente do desenvolvimento do trabalho. Serão mantidos em sigilo todas as informações obtidas relacionadas com a privacidade dos voluntários.

7 Acesso as informações obtidas:

A pesquisadora envolvida e a comissão de Ética aprovam e comprometem-se a fornecer aos pacientes todas as informações que venham a ser obtidas durante o desenvolvimento do trabalho.

Consentimento:

Eu, _____, pai, mãe, ou responsável pelo menor _____, após ter lido e entendido todas as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Dirce Shizuko Fujisawa, concordo voluntariamente em participar deste e permitir a realização das filmagens do atendimento fisioterapêutico. Atesto também o recebimento das “informações aos pais e/ou responsável pelo menor” e outras solicitadas por mim, necessário para minha compreensão da pesquisa desenvolvida.

_____ Data: __/__/__.

Assinatura (do pai, mãe ou responsável pelo menor) ou impressão datiloscópica)

Eu, _____, estagiária (o) do 4º ano do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina, após ter lido e entendido todas as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Dirce Shizuko Fujisawa, estou ciente e de acordo em colaborar e permitir as filmagens dos atendimentos por mim realizados.

_____ Data: __/__/__.

Assinatura da(o) estagiária(o)

Ciente e de acordo: _____ Data: __/__/__.

Assinatura do docente supervisor

Eu, professora Dirce Shizuko Fujisawa, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo desenvolvido aos pais ou responsáveis pelo menor, aos estagiários e docente responsável pela supervisão do estágio.

_____ Data: __/__/__.

Dirce Shizuko Fujisawa

APÊNDICE 3

PROTOCOLO DE OBSERVAÇÃO

Título: “Formação acadêmica do fisioterapeuta: a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos de crianças”

Pesquisadora: Dirce Shizuko Fujisawa

Objetivo geral: Descrever a utilização dos jogos e brincadeiras pelas estagiárias de fisioterapia nos atendimentos de crianças

Objetivos específicos:

- Listar os brinquedos escolhidos, seja pelo estagiária seja pela criança, nos atendimentos fisioterapêuticos realizados;
- Identificar os jogos e brincadeiras mais comumente utilizados nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças realizados por estagiárias;
- Descrever o comportamento da estagiária e os procedimentos utilizados durante os jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos;
- Identificar os objetivos propostos para os jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos;
- Estabelecer as modificações ocorridas durante o período inicial e final do estágio supervisionado, na elaboração, organização e condução de jogos e brincadeiras no atendimento fisioterapêutico de crianças realizado por estagiárias;
- Analisar a adequação da utilização dos jogos e brincadeiras às fases de desenvolvimento, às necessidades da criança e aos objetivos fisioterapêuticos propostos;
- Determinar o período de tempo de utilização dos recursos lúdicos e a quantidade de jogos e brincadeiras associados aos procedimentos fisioterapêuticos por atendimento.

Comportamento alvo:

A utilização de jogos e brincadeiras, pelas participantes, durante o atendimento fisioterapêutico à criança.

- Deverão ser considerados jogos e brincadeiras as atividades que se caracterizarem como brincar e que se associarem com a infância. Ex: faz-de-conta, esconde-esconde, serra-serra, alcançar um brinquedo, apresentar e/ou balançar um chocalho, montar quebra-cabeça, encaixar ou empilhar peças, montar torre, pregar peças, apertar brinquedos de borracha, montar casa, etc.
- Não deverá haver a preocupação em discriminar jogos de brincadeiras, pois ambos são considerados como parte das atividades lúdicas;
- Os jogos e brincadeiras poderão realizar-se com ou sem a presença de um brinquedo, podendo até ser utilizado algum material de fisioterapia, como recurso lúdico;
- Serão considerados como brinquedos os objetos e/ou materiais que se constituírem como meios para brincar e que estejam vinculados à ludicidade;
- Nova ocorrência: interrupção da atividade com intervalo maior que 3 segundos; mudança de atividade ou de brinquedo ou recurso; finalização de uma atividade;
- Cantar e estalar a língua produzindo som são atividades lúdicas, mas não foram considerados como jogo ou brincadeira, portanto não foram descritas nem contadas como uma ocorrência. A música ou o cantar foram considerados como jogo ou brincadeira quando associados a alguma brincadeira ou movimento no seu ritmo, mesmo que tenham sido adaptados à condição motora da criança;
- Não foram descritos e considerados os jogos e brincadeiras que se realizaram na presença e sob a orientação da supervisora. Para identificar a presença da supervisora deve-se observar que existem três pessoas em cena, que, no momento, estarão exercendo a função de: dar instruções, auxiliar na realização de algum procedimento, corrigir e/ou demonstrar manuseios ou procedimentos.

Técnica de registro I: amostragem de evento

Observador: _____

Participante: _____

Criança atendida: _____

Data da observação: _____

Duração do atendimento: _____

Descrição do ambiente físico:

Descrição do ambiente social:

Descrição de cada ocorrência:

(jogo ou brincadeira proposto, material utilizado, comportamento do estagiário, situação e/ou circunstância, procedimento fisioterapêutico associado, resposta obtida)

Comportamento da criança	Comportamento do participante	Comportamento da criança

Total de ocorrências: _____

APÊNDICE 4

ORIENTAÇÕES PARA JUÍZES DE OCORRÊNCIAS

Quanto ao material:

- Você está recebendo 1 fita de vídeo que contém a gravação de 6 atendimentos fisioterapêuticos a crianças, realizados pelos participantes da pesquisa;
- Um protocolo de observação, fornecendo dados da pesquisa desenvolvida (título e objetivos) em que você fará o papel de juiz, e, além disso, a descrição e caracterização do comportamento foco do estudo e os critérios de ocorrência (cenas) e novas ocorrências;
- Seis fichas para registro em que deverão ser anotados o início e o término das cenas (ocorrências) que indicam a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos. Ainda, as fichas estão numeradas de 1 a 6.

Quanto ao procedimento:

1. Assista à fita de vídeo, sem iniciar nenhuma marcação, pois a finalidade nesse momento será a de relacionar o objetivo do estudo com as cenas gravadas;
2. Após o término do sexto atendimento, rebobine a fita até o seu início;
3. Zere o contador de tempo do vídeo, para isso, aperte a tecla reset;
4. Com a folha de registro do atendimento 1 em mãos, dê play no seu vídeo;
5. Assista ao primeiro atendimento fisioterapêutico e toda vez que ocorrer a utilização de jogos e brincadeiras, marque o intervalo de tempo em que a cena inicia e termina, ou seja, para a marcação do intervalo de tempo utilize o tempo que aparece no contador de tempo do seu vídeo. Não se esqueça de considerar os critérios de novas ocorrências.

Exemplo:

Ordem das cenas	Intervalo de tempo (horas:minutos;segundos)
A	0:01:11 – 0:01:35
B	0:02:46 – 0:02:57

6. Caso você fique na dúvida a respeito do início da cena, retorne a fita e verifique novamente. A tecla pause pode ser útil, nesse momento, pois irá facilitar a visualização no contador de tempo do vídeo. Proceda da mesma forma quando tiver dúvida quanto ao término da cena;
7. Proceda dessa forma até o final do primeiro atendimento, anotando o intervalo de tempo em que as cenas ocorrem;
8. Ao término do primeiro atendimento não dê reset no seu vídeo, mantenha a numeração no seu contador de tempo e inicie a marcação das cenas do segundo atendimento, utilizando a folha do atendimento 2.
9. Proceda da mesma forma com os atendimentos subsequentes.

Finalmente, agradeço a sua colaboração e espero o seu retorno assim que possível.

Dirce Shizuko Fujisawa

APÊNDICE 5
FOLHA DE REGISTRO II

Técnica de registro I: amostragem de evento

Observador: _____

Participante (Estagiária): _____

Criança atendida: _____

Atendimento: _____

Seqüência das cenas	Intervalo de tempo (horas:minutos:segundos)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	

22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	

APÊNDICE 6

ORIENTAÇÕES PARA JUÍZES DE CATEGORIAS DE ANÁLISE

O trabalho de pesquisa em desenvolvimento tem como objetivo geral: descrever a utilização de jogos e brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos de crianças realizados pelos estagiários durante a formação acadêmica.

O procedimento de coleta de dados foi realizado por meio da observação dos atendimentos de crianças realizados por estagiários do curso de Fisioterapia. Após assistir, várias vezes, e descrever os atendimentos observados, que foram filmados, alguns aspectos podem ser identificados nas cenas obtidas. Por exemplo, é possível identificar, a partir da cena descrita, a proposição da atividade (jogo ou brincadeira), ou seja, quem está iniciando ou propondo o jogo ou a brincadeira durante o atendimento.

Assim, a tarefa a ser realizada por você é relacionar cada aspecto (itens identificados em ordem alfabética) com os quadros contendo as cenas transcritas, posteriormente, escolha aquela que mais corresponde e anote a letra de acordo com a opção. Por exemplo, o aspecto a situação em que ocorrem os jogos e as brincadeiras tem três possibilidades (falta de participação; durante o choro da criança; e necessidade de participação ativa da criança), na seqüência, são apresentadas três descrições. Você terá que identificar aquela que for mais representativa. Em alguns casos, para auxiliar a compreensão e o seu julgamento, são apresentados os objetivos e as condutas do atendimento em questão.

Agradeço a sua participação, pois sua colaboração irá possibilitar a continuidade da pesquisa em andamento.

Dirce Shizuko Fujisawa

A manifestação dos jogos e das brincadeiras nos atendimentos fisioterapêuticos

- Situação em que ocorrem os jogos e as brincadeiras

(A) Falta de colaboração ou a necessidade do consentimento da criança para a realização de procedimentos fisioterapêuticos

(B) Durante o choro da criança

(C) Necessidade de participação ativa da criança

- Objetivo do atendimento: reavaliação fisioterapêutica e interação entre paciente e terapeuta.
- Conduta: estímulo para reação de proteção em membros superiores sentado e estímulo para movimentos ativos de membros superiores, mais membro superior direito.
- Idade e diagnóstico da criança: 11 m. e paralisia obstétrica em membro superior direito.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança em pé, segurada pelo tronco por P1. Começa a chorar.	Pega o chocalho, balança em frente de C1 (faz barulho).	Intensifica o choro.

()

- Conduta: co-contração em membros inferiores, empurrando a bola contra a parede, empurrando a terapeuta; co-contração de tronco saltando sobre o feijão grande; treino de equilíbrio sentado no feijão e em pé segurando no rolo (apoio bipodal e unipodal); treino de reação de proteção para frente e para os lados, deitado em decúbito ventral e decúbito lateral na bola verde; treino de coordenação manuseando objetos de encaixar (criança apresenta bastante dificuldade); treino de marcha diminuindo a base de sustentação e contendo a retroversão.
- Idade e diagnóstico da criança: 4 a. e paralisia cerebral, do tipo atáxico.

Comportamento de C3	Comportamento de P5	Comportamento de C3
Resmungando e não deixa ser manuseado.	P5 pega a maleta que contém o lego, coloca à esquerda de C3, depois abre a maleta. Pega 2 peças e encaixa, mostra para C3 como encaixar, depois dá as 2 peças encaixadas para C3. Realiza alongamentos em membros inferiores de C3.	Começa a mexer nas peças de lego. Segura uma peça na mão, observa P5 encaixar as peças, depois pega as peças encaixadas oferecida por P5. Manuseia as peças e permite ser manuseado

()

- Conduta: co-contração em membros inferiores, empurrando a bola contra a parede, empurrando a terapeuta; co-contração de tronco saltando sobre o feijão grande; treino de equilíbrio sentado no feijão e em pé segurando no rolo (apoio bipodal e unipodal); treino de reação de proteção para frente e para os lados, deitado em decúbito ventral e decúbito lateral na bola verde; treino de coordenação manuseando objetos de encaixar (criança apresenta bastante dificuldade); treino de marcha diminuindo a base de sustentação e contendo a retroversão.
- Idade e diagnóstico da criança: 4 a. e paralisia cerebral, do tipo atáxico.

Comportamento de C3	Comportamento de P5	Comportamento de C3
Criança deita no tablado.	P5 segura a bola no alto e pede para que C3 eleve os membros inferiores, encostando os pés na bola (trabalho de abdominais inferiores).	Encosta o pé direito duas vezes na bola.

()

- Situações em que não são utilizados os jogos e brincadeiras

(A) Quando a criança não colabora com a atividade proposta

(B) De acordo com o procedimento realizado ou no momento não é possível

(C) Quando a criança interrompe algum procedimento para brincar

(D) Criança recusa a atividade proposta

Comportamento de C10	Comportamento de P6	Comportamento de C10
Criança deitada em supino.	P6 pega e abre a maleta com lego, depois aproxima de C10.	Diz: "Não quero!"

()

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Criança sentada pega um carrinho e desliza no tablado.	Diz: Agora não! Depois a gente brinca. Realiza a avaliação postural em C8.	Deixa o brinquedo e passa para a posição de pé.

()

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Criança pára de fazer os exercícios abdominais e pega um relógio com números soltos para encaixar.	Observa por alguns segundos. Depois retira o relógio de C8 e retoma os exercícios abdominais.	Continua a manipular o relógio por alguns segundos.

()

Comportamento de C8	Comportamento de P4	Comportamento de C8
Pega os números do relógio e manipula, não colabora com a atividade proposta por P4.	Diz: Agora é hora de fazer exercícios! Diz: Então coloca uma vez e depois a gente faz exercícios.	Diz: Só uma vez. Manipula os números.

()

- Proposição da atividade

(A) Proposta pela criança

(B) Dá oportunidade para a criança escolher

(C) Proposta pelo estagiário

(D) Aproveita o interesse da criança por algo

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Em pé, pega a bola Bobath.	Pede que jogue a bola Bobath. P1 pega a bola Bobath e joga de volta para C2.	Joga a bola Bobath em direção a P1. C2 pega a bola Bobath e joga para P1.

()

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança sentada do lado de P2.	P2 pergunta à C3 se quer brincar de cavalo ou de lego.	C3 aponta para as peças de lego.

()

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada no feijão a cavalo.	Pede que pegue os brinquedos que estão no tablado, ao lado do feijão, próximo de C7.	Inclina para baixo e roda o tronco de um lado e pega os brinquedos, eleva e roda o tronco para o outro lado e deixa os brinquedos.

()

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada a cavalo no feijão, diz: Vamos brincar de "moto"?	Diz: Como é a moto? Vrum, vrum !!! Inclina o feijão de um lado para outro, depois para frente e para trás. Diz: Isso!!	Inclina o tronco conforme o movimento do feijão, mas mantém se na posição sentada no feijão. Diz: Pronto! Chegamos.

()

- Recursos utilizados nos jogos e brincadeiras

(A) Não é necessário nenhum recurso

(B) Brinquedos

(C) Materiais específicos de fisioterapia

Comportamento de C4	Comportamento de P2	Comportamento de C4
Criança deitada em supino no tablado, cabeça no posicionador e plano inclinado (a cabeça está em extensão e rotação à direita).	P2 à esquerda de C4 pega um piano musical e mostra na frente (linha média) de C4. Chama a atenção para o piano.	Sorri, traz a cabeça na linha média e diminui a extensão da cabeça.

()

Comportamento de C7	Comportamento de P4	Comportamento de C7
Criança sentada de frente para P4.	P4 segura nas mãos de C7. Canta: “Serra-serra, serrador ... “	Deita-se, depois volta para sentado, e vai alternando.

()

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança sentada no rolo, que está encostado na parede, não está à cavalo.	P2 pega a bola Bobath, coloca sobre o tablado. Diz: Vamos ver se você sabe chutar a “bolona”? Chuta a bola Bobath em direção aos membros inferiores de C3.	Olha em direção a bola Bobath. Sorri e inclina o tronco para baixo e abraça a bola Bobath.

()

B O jogo e a brincadeira no atendimento fisioterapêutico

- Função dos jogos e das brincadeiras

(A) Terapêutica

(B) Não tem função terapêutica

- Objetivo: Reavaliação fisioterapêutica e interação entre paciente e terapeuta.
- Conduta: exercícios abdominais (1 x 10), movimentos ativos de membros inferiores com bola, alongamentos de IT, TA deitado, treino de equilíbrio sentado no rolo e treino de equilíbrio na posição de gato.
- Idade e diagnóstico da criança: 11 a. e síndrome do cromossomo 8.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Criança sentada olha para vários brinquedos que estão sobre o tablado.	Pega e aperta um Pato Donald de borracha flexível (faz barulho).	Pega o chocalho sobre o tablado e manipula.

()

- Objetivo: Reavaliação fisioterapêutica, interação paciente-terapeuta.
- Idade e diagnóstico da criança: 4 a. e paralisia cerebral, do tipo atáxico.

Comportamento de C3	Comportamento de P2	Comportamento de C3
Criança sentada no tablado, de frente para P2, mexe nas peças de Lego que estão dentro de uma maleta.	Despeja algumas peças de Lego da maleta, que está próximo de C3, depois vai retirando uma peça de cada vez. Observa como são as tentativas da criança e acompanha a atividade.	Pega peças de Lego que estão encaixadas, faz tentativas de desencaixar uma peça da outra, demora para conseguir. Consegue desencaixar as peças de Lego.

()

- Respostas obtidas com a utilização de jogos e brincadeiras

(A) Não consegue a resposta desejada

(B) Obtém a resposta desejada

(C) Não é possível avaliar se a resposta obtida foi desejada

- Objetivo: reavaliação fisioterapêutica e interação entre paciente e terapeuta.
- Conduta: estímulo para reação de proteção de membros superiores sentado e estímulo para movimentos ativos de membros superiores, mais membro superior direito.
- Idade e diagnóstico da criança: 11 m. e paralisia obstétrica em membro superior direito.

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança sentada, alcança e manipula uma peça de encaixe e a base de uma tartaruga (a cabeça da tartaruga se encaixa). Depois, tenta desencaixar a cabeça da base da tartaruga.	Retira a base da tartaruga das mãos de C1. Passa C1 para a posição supina. Mostra a base da tartaruga com a cabeça encaixada à frente e ao alto de C1.	Eleva os membros superiores em direção à base da tartaruga, depois tenta alcançar com o membro superior direito. Consegue tocar a base da tartaruga com a mão D, faz flexão de ombro e extensão do cotovelo.

()

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança olha fixamente para a moto.	Pega e arrasta a moto sobre o tablado em várias direções e imita o som da moto: "Vrum! Vrum!"	Criança olha em direção a moto.

()

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança em pé, segurada pelo tronco por P1. Começa a chorar	Pega o chocalho, balança em frente de C1 (faz barulho).	Intensifica o choro.

()

- Relação dos jogos e das brincadeiras com as características da criança atendida

- (A) Brinquedo adequado à idade e/ou desenvolvimento da criança
- (B) Atividade proposta adequada à idade e/ou desenvolvimento da criança
- (C) Brinquedo inadequado à idade e/ou desenvolvimento da criança
- (D) Atividade proposta inadequada à idade e/ou desenvolvimento da criança

- Objetivo: Reavaliação fisioterapêutica e interação entre paciente e terapeuta.
- Conduta: exercícios abdominais (1 x 10), movimentos ativos de membros inferiores com bola, alongamentos IT, TA deitado, treino de equilíbrio sentado no rolo e treino de equilíbrio na posição de gato.
- Idade e diagnóstico da criança: 11 a. e Síndrome do cromossomo 8.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Criança sentada olha para vários brinquedos que estão sobre o tablado	Pega e aperta um Pato Donald de borracha flexível (faz barulho)	Pega o chocalho sobre o tablado e manipula

()

- Objetivo: Reavaliação fisioterapêutica e interação entre paciente e terapeuta.
- Conduta: exercícios abdominais (1 x 10), movimentos ativos de membros inferiores com bola, alongamentos IT, TA deitado, treino de equilíbrio sentado no rolo e treino de equilíbrio na posição de gato.
- Idade e diagnóstico da criança: 11 a. e síndrome do cromossomo 8.

Comportamento de C2	Comportamento de P1	Comportamento de C2
Criança deitada em supino com membros inferiores apoiados no colo de P1.	Pega nas mãos de C2, auxilia C2 a passar para uma posição intermediária ao sentar (exercício abdominal). Diz “Vamos brincar de serra-serra ?”	Criança realiza o exercício proposto uma vez, passando depois para sentado. Realiza outros exercícios abdominais com o auxílio de P1.

()

- Objetivo: normalização de tônus sentada, em decúbito lateral direito e esquerdo, descarga de peso em membros inferiores em decúbito lateral.
- Conduta: quebra de padrão anormal com apoio esternal, TEMP + vibração sentada e em decúbito lateral, dígito percussão, alongamento de T.A., exercícios para equilíbrio com balanceio de tronco, descarga de peso latero-lateral e antero-posterior.
- Idade e diagnóstico da criança: 3a. e paralisia cerebral, do tipo quadriplegia espástica grave.

Comportamento de C5	Comportamento de P3	Comportamento de C5
Sentada entre os membros inferiores de P3, cabeça na linha média.	Balança C5 para um lado e outro (transferência de peso para a D e E e estímulo de controle de cabeça) no ritmo da canção: “Balança caixão, balanceia você, ... “	Permite ser manuseada, às vezes procura olhar em direção ao rosto de P3.

()

- Conduta: alongamento de cadeia anterior e posterior no feijão azul grande associando alongamento dos flexores do quadril, tomada de peso com apoio plantar e palmar no feijão azul grande, abdominal inferior com a bola entre os joelhos, alongamento de paravertebrais em decúbito dorsal no tablado, dissociação de cinturas, abdominal superior no feijão azul grande.
- Idade e diagnóstico da criança: 7a. e mielomeningocele.

Comportamento de C11	Comportamento de P6	Comportamento de C11
Na posição prona no rolo, como se estivesse em quatro apoios, com quebra-cabeça na frente do rolo.	Faz alongamento passivo dos flexores do quadril em membro inferior direito, levando em extensão. Solicita posicionamento adequado de C11 (apoiar o joelho esquerdo no tablado).	Mexe nas peças do quebra-cabeça, permite ser manuseado. Depois começa a montar o quebra-cabeça, enquanto P6 faz alongamentos.

()

C Comportamento da estagiária no jogo e na brincadeira

(A) Ativo

(B) Passivo

Comportamento de C1	Comportamento de P1	Comportamento de C1
Criança sentada manipula a haste de repicar o tambor com a mão E, depois pára.	Oferece a haste à mão D de C1. Diz: "com a outra mão". Diz: "Aí ! Bate palmas para C1!	Pega a haste com a mão E. Passa a haste para a mão direita e começa a repicar o tambor.

()

Comportamento de C6	Comportamento de P3	Comportamento de C6
Criança sentada, mexe em peças de encaixe sobre o tablado.	Pega o piano e mexe, enquanto a criança manipula peças de encaixe. Deixa o piano sobre o tablado.	Olha em direção ao piano, apenas segura as peças de encaixe. Volta a manipular as peças de encaixe.

()