

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM UM MUNICÍPIO DO ALTO DA SERRA DO BOTUCARAÍ

Diana Baségio¹, Magali Teresinha Quevedo Grave²

Resumo: Entende-se por Estimulação Precoce (EP) um conjunto de ações preventivas, terapêuticas e educacionais destinadas a crianças em situação de risco ou portadoras de necessidades especiais, que utiliza momentos lúdicos como meios facilitadores do desenvolvimento integral infantil. Esta pesquisa objetivou investigar o perfil epidemiológico e clínico de crianças entre zero e três anos, com deficiência, atendidas no setor de Estimulação Precoce do Centro Municipal de Educação Especial em um município do Alto da Serra do Botucaraí, bem como verificar qual é a percepção dos pais/responsáveis sobre a importância deste atendimento no processo de desenvolvimento de seu filho. O estudo classificou-se como de campo, descritivo e com abordagem quantitativa e qualitativa. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com os responsáveis e os dados coletados foram analisados por meio de tabulação manual e apresentados em forma de quadros. Os resultados da pesquisa apontam que as cinco crianças estudadas têm um perfil definido com diagnósticos prescritos e foram encaminhadas tardiamente para a EP. Em relação ao brincar, todos os pais consideram de suma importância o lúdico para o desenvolvimento dos seus filhos.

Palavras-chave: Estimulação Precoce. Perfil. Percepção familiar.

1 INTRODUÇÃO

Estimulação Precoce é uma ferramenta pedagógica para a aprendizagem e para o desenvolvimento infantil com vistas ao estímulo e à inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais (BONAMIGO, 2001). Constitui o primeiro programa de atendimento inserido na educação especial, destinado a atender crianças de alto risco (prematturos) e portadoras de deficiências, sejam elas auditivas, físicas, mentais, visuais ou múltiplas, na faixa etária de zero a três anos (BOUSANELLO, 1998).

A Estimulação Precoce (EP) caracteriza-se por um conjunto de recursos incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no processo de evolução. É uma forma de proporcionar às crianças estímulos favoráveis ao seu desenvolvimento integral por meio da realização de atividades lúdicas, onde o brincar tem um significado importante no desenvolvimento de habilidades psicomotoras, cognitivas e afetivas (BRASIL, 1995).

É no brincar que a criança explora a sua liberdade de criação e é pela da percepção criativa que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Esse processo no desenvolvimento emocional e imaginário começa como espelho da mãe; ao olhar e perceber a segurança e a proteção da mãe, a

1 Educadora Física, aluna do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu Especialização em Ações em Estimulação Precoce do Centro Universitário UNIVATES. dianabasegio@yahoo.com.br.

2 Mestre em Desenvolvimento Regional pela Unisc – Universidade de Santa Cruz do Sul, professora vinculada aos cursos de Fisioterapia e Educação Física do Centro Universitário UNIVATES – Lajeado/ RS. Doutoranda em Ciências da Saúde – PUCRS.

criança começa a perceber o mundo e a relação com o outro. Nas primeiras fases do desenvolvimento, a mãe exerce um papel fundamental na relação do outro; desta forma, por meio de brincadeiras, a criança começa a descobrir o meio pelo do segurar, manejar e apresentar os objetos (WINNICOTT, 1975).

Nesse sentido, esta pesquisa justificou-se pela possibilidade de investigar o perfil clínico e epidemiológico de crianças entre zero a três anos, com diferentes tipos de deficiência, atendidas no setor de Estimulação Precoce do Centro Municipal de Educação Especial (CMEE) de um município de médio porte do Alto da Serra do Botucaraí, bem como a percepção da família em relação à importância ou não dessa atividade lúdica na evolução do desenvolvimento de seus filhos.

2 MÉTODOS

Esta pesquisa se definiu como de campo, descritiva, quantitativa e qualitativa. Teve como campo de estudo o CMEE de um município de médio porte do Alto da Serra do Botucaraí, onde as mães levam as crianças que apresentam algum tipo de deficiência para o atendimento de Estimulação Precoce. Atualmente, há somente cinco crianças, pois é um programa recentemente implantado no município em questão.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os pais/responsáveis das crianças atendidas na Estimulação Precoce no CMEE, respeitando-se o melhor horário para os sujeitos pesquisados. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Univates sob o protocolo Coep 127/10.

Para traçar o perfil clínico e epidemiológico das crianças atendidas na Estimulação Precoce, a entrevista foi dividida em questões abertas e fechadas, buscando identificar o perfil destas. As entrevistas foram numeradas em ordem crescente de um a cinco, aleatoriamente. Os dados coletados foram analisados por meio de tabulação manual e apresentados em forma de quadros, utilizando-se o método de abordagem qualitativa, que segundo Leopardi (2002, p. 116), é utilizada “quando se tem um instrumento de medida utilizável e válida, cuja questão proposta indica a preocupação com quantificação, quando se necessita comparar eventos.” Também utilizou-se a abordagem qualitativa, descrita a partir da análise de conteúdo e suas categorias de análise. A análise de conteúdo é definida como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” que aposta no rigor do método como forma de não se perder na heterogeneidade de seu objeto, visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores e conhecimentos relativos às condições de variáveis inferidas na mensagem (BARDIN, 1977, p. 31).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Estimulação Precoce fundamenta-se nas teorias do desenvolvimento infantil que abordam o desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socioafetivo; e concepções teóricas e em pesquisas sobre carência afetiva, privação cultural e ambiental, entre outros, principalmente nos primeiros anos de vida, que são cruciais para o desenvolvimento harmonioso de todas as crianças (BRASIL, 1997).

Abaixo estão descritas informações sobre o perfil clínico e epidemiológico das crianças atendidas no setor de Estimulação Precoce do CMEE em um município do Alto da Serra do Botucaraí.

No Quadro 1 são apresentados os resultados das questões que envolvem o perfil clínico dessas crianças em relação ao sexo, idade atual, idade em que foi encaminhada ao atendimento de EP, quem fez o encaminhamento, qual o diagnóstico, quem o prescreveu e em qual idade.

Criança	Sexo	Idade atual	Idade de encaminhamento	Tempo de atendimento no serviço	Quem encaminhou para EP	Diagnóstico/quem emitiu/idade
Criança 1	M	3a 1m	3a	1 m	Neurologista	Paralisia Cerebral/pediatra/ao nascer
Criança 2	F	3a 10m	3a 5m	5m	Pediatra	Síndrome de Down/pediatra/aos 3 meses
Criança 3	M	3a 11m	3a 6m	5m	Neurologista	Paralisia Cerebral/neurologista/ao nascer
Criança 4	F	3a 9m	3a 7m	2m	Fisioterapeuta	Hidrocefalia/ginecologista/ao nascer
Criança 5	M	2a 6m	6m	6m	Pediatra	Distrofia Muscular/pediatra/aos 3 meses

Quadro 1 – Perfil clínico das crianças atendidas no setor de EP

Fonte: Dados da pesquisa (2010). * a (anos) ** m (meses)

O nascimento de crianças com alguma deficiência chega a quase oito milhões em todo o mundo, segundo relatório publicado pela Organização Americana *March of Dimes* (2006), que coletou dados de 193 países. O estudo - o primeiro global sobre o assunto - mostra que, ao todo, 3,3 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade morrem por ano devido a algum defeito congênito. A estimativa é de que, entre os que sobrevivem, 3,2 milhões convivam com deficiência física ou mental pelo resto da vida. Ao todo, a organização concluiu que cerca de 6% dos bebês nascidos no mundo sofrem defeitos genéticos. Segundo o relatório, a grande maioria dos bebês que nascem com defeitos é de países pobres ou em desenvolvimento (BBC Brasil, 2006).

Ao analisar os dados, pode-se perceber que as crianças são encaminhadas tardiamente para o programa de Estimulação Precoce. A criança 1 está em atendimento há apenas um mês; a criança 2 está sendo atendida há cinco meses; a criança 3 recebe atendimento há cinco meses; a criança 4 é atendida há dois meses; e a criança 5 foi encaminhada aos seis meses, mas está sendo atendida há seis meses. Esse fato confirma que, no município em questão, os conhecimentos sobre essa prática ainda são precários, dificultando assim o encaminhamento e a intervenção precoces.

Ao compreender-se o processo da EP como uma ferramenta terapêutica e/ou pedagógica para a aprendizagem e para o desenvolvimento infantil harmônico, nos primeiros anos de vida, esse encaminhamento deveria ser feito o mais precocemente possível, o que, segundo Bonamigo (2001), facilitaria o desenvolvimento global e a inclusão social e educacional de crianças com necessidades educacionais especiais. Vale ressaltar que a EP constitui o primeiro programa de atendimento inserido na educação especial destinado a atender crianças de alto risco (prematturos) e portadoras de deficiências, sejam elas auditivas, físicas, mentais, visuais ou múltiplas, na faixa etária de zero a três anos (BOUSANELLO, 1998).

Dessa forma, compreende-se que quanto mais cedo a criança for estimulada nas suas dificuldades, maiores serão os benefícios, sendo a EP uma forma de proporcionar às crianças estímulos favoráveis ao seu desenvolvimento integral. Por meio da realização de atividades lúdicas, a EP caracteriza-se por um conjunto de recursos incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no processo de evolução (BRASIL, 1995).

Percebe-se também que três crianças são do sexo masculino e duas do sexo feminino. As crianças 1 e 3, do sexo masculino, apresentam o diagnóstico de Paralisia Cerebral, que, segundo Prado e Leite (2004), pode ser definida por uma alteração dos movimentos controlados ou posturais dos pacientes, aparecendo cedo, sendo secundária a uma lesão, danificação ou disfunção do sistema nervoso central (SNC), podendo ocorrer no período pré, peri ou pós-natal.

A criança 2, do sexo feminino, apresenta o diagnóstico de Síndrome de Down, que segundo Percília (2011), é um distúrbio genético causado durante a formação do feto. É uma das anomalias genéticas mais conhecidas, também é chamada de Trissomia do Cromossomo 21. Atualmente a probabilidade de uma mulher de 20 anos ter um filho com essa síndrome é de 1 para 1600, enquanto a de uma mulher de 35 anos é de 1 para 370.

A criança 4, de sexo feminino, apresenta o diagnóstico de Hidrocefalia, caracterizada como acúmulo anormal e excessivo de líquido dentro dos ventrículos ou do espaço subaracnoide na cavidade craniana. É tipicamente associado com dilatação ventricular e aumento da pressão intracraniana. Pode ocorrer em crianças (diversas faixas etárias) ou adultos, tendo causas específicas (ASPESI; GOBATO, 2011), que podem ser congênitas ou adquiridas.

A criança 5, do sexo masculino, apresenta o diagnóstico de Distrofia Muscular, que consiste em alterações nos tecidos dos músculos, de forma degenerativa, em razão da baixa ou nula produção de proteínas que desempenham papel único no desenvolvimento da musculatura esquelética. São alterações genéticas muito comuns em todo o mundo, sendo mutações, herança ou erro genético durante o desenvolvimento dos bebês os três fatores responsáveis pela sua incidência (ARAGUAIA, 2010).

Conforme os resultados encontrados e apresentados no Quadro 1, percebe-se que a criança 1, de três anos e um mês de idade, cujo diagnóstico de Paralisia Cerebral foi dado à família ao nascimento, foi encaminhada há pouco mais de um mês ao referido serviço; a criança 2, de três anos e dez meses de idade, cujo diagnóstico de Síndrome de Down foi dado a família aos 3 meses, foi encaminhada há cinco meses para o atendimento precoce; a criança 3, de três anos e onze meses de idade, cujo diagnóstico de Paralisia Cerebral foi dado à família ao nascimento, teve o encaminhamento há cinco meses; a criança 4, de três anos e nove meses de idade, cujo diagnóstico de Hidrocefalia foi dado à família ao nascimento, foi encaminhada há dois meses; e a criança 5, de dois anos e seis meses de idade, cujo diagnóstico de Hidrocefalia foi dado à família aos três meses, foi encaminhada aos seis meses, porém está sendo atendida há apenas seis meses.

A partir dessa constatação, percebe-se que o profissional médico que deu o diagnóstico não fez o encaminhamento imediato ao setor de EP do município, suscitando o seguinte questionamento: O profissional não tinha conhecimento de que o serviço existia ou desconhecia os objetivos de um programa de EP enquanto facilitador do processo de desenvolvimento infantil?

A seguir, no quadro 2 estão descritos os resultados das questões que envolvem o perfil epidemiológico das crianças, considerando local de moradia, idade da mãe e renda mensal familiar.

Criança	Local da moradia	Idade da mãe ao nascimento da criança	Renda Mensal
Criança 1	Centro	27	De R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00
Criança 2	Interior	23	De R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00
Criança 3	Interior	36	De R\$ 1.001,00 a R\$ 3.000,00
Criança 4	Interior	30	De R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00
Criança 5	Interior	32	De R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00

Quadro 2 – Perfil epidemiológico das crianças pesquisadas

No Quadro 2, percebe-se uma criança que mora no centro da cidade e quatro, no interior (fora da cidade), tendo duas das mães, quando do nascimento de seus filhos, idade entre 20 a 29 anos e três, idade entre 30 a 39 anos. Azevedo *et al.* (2002) afirmam que os relatos de estudos prévios sobre a relação entre a idade materna e os resultados perinatais são extremamente controversos. No grupo de gestantes adolescentes, vários autores têm relatado maior incidência de complicações obstétricas e perinatais, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. Estudos mais recentes, entretanto, têm sugerido que os resultados adversos descritos nessa população traduzem mais claramente as condições sociais e de saúde às quais se acha submetida, que propriamente o *status* adolescente (SILVA, 2001).

A expectativa de vida nas mulheres tem aumentado em todo o mundo. Apesar desse fato, o ciclo de vida reprodutiva da mulher ficará inalterado e representará somente um terço do total da sua vida. Essa questão torna-se importante pelo efeito que a idade acarreta sobre os ovários e, particularmente, sobre as doenças do aparelho reprodutor feminino, adquiridas ao longo dos anos. A idade materna mais elevada é uma preocupação obstétrica quanto aos resultados maternos e perinatais. Não está estabelecido, entre os autores, o limite de idade a partir do qual os riscos maternos e perinatais se elevam. Alguns autores utilizam o limite de 35 anos de idade e outros utilizam 40 anos ou ainda 45 anos (SCHUPP, 2011).

Algumas doenças crônicas ocorrem em grupos populacionais com maior idade,

observando-se, com certa frequência, a presença de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* nas gestantes com idade avançada. Encontra-se maior incidência de abortamentos do primeiro trimestre de gestação, anomalias gênicas, mortalidade materna, gestação múltipla, diabetes gestacional e pré-eclâmpsia complicada com HELLP síndrome 17. Também se relacionam com a idade materna avançada as anomalias, sobretudo as decorrentes de alterações cromossômicas. É fundamental reconhecer que existe maior risco para aneuploidias, tais como trissomias 13, 18 e 21, bem como a Síndrome de Down (SCHUPP, 2011).

Das cinco famílias que participaram do estudo, quatro têm renda familiar de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00, considerando nesta renda o auxílio de um salário mínimo que as famílias ganham do Estado para as crianças com deficiência, e apenas uma se enquadra com renda de R\$ 1.001,00 a R\$ 3.000,00. A família da criança 1 é composta por três pessoas, o pai é taxista e a mãe, dona de casa; o grupo familiar da criança 2 é composto por três pessoas e os pais são agricultores; a família da

criança 3 é composta por quatro pessoas, sendo os pais agricultores e o irmão estudante; a família da criança 4 é composta pela criança e pelos pais agricultores; já a família da criança 5 é composta pelos pais que também são agricultores, a criança e um irmão que ainda estuda.

A seguir serão apresentadas as respostas referentes às questões qualitativas que nortearam a entrevista e que não pretenderam generalizar os achados, mas sim, ressaltar quais são as atividades lúdicas que os pais realizam em casa com a criança, e verificar a percepção deles sobre a importância de brincar nas sessões de Estimulação Precoce e em casa.

O processo de categorização foi desenvolvido a partir do conteúdo das entrevistas semiestruturadas realizadas com os cinco pais das crianças “especiais” atendidas no CMEE de um município do Alto da Serra do Botucará.

O Quadro 3 foi elaborado para delinear as categorias do presente estudo e suas respectivas unidades de análise:

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
1) Atividades lúdicas realizadas pelos pais no ambiente doméstico	a) Em que local as atividades são realizadas com a criança? b) Qual é o familiar que mais brinca com a criança? c) Quais são as atividades que a família realiza com a criança?
2) Percepção dos pais sobre a importância das atividades lúdicas na Estimulação Precoce	a) Que relação têm as brincadeiras com o desenvolvimento da criança? b) Que manifestação a criança apresenta nos momentos lúdicos? c) Qual é a interação da criança com os brinquedos?
3) Percepção dos pais sobre a importância de brincar em casa com a criança	a) Qual a reação da criança nas brincadeiras? b) Por que a família brinca com a criança? c) Qual é a importância de brincar para o desenvolvimento da criança?

Quadro 3 – As categorias e unidades de análise

Fonte: do pesquisador.

3.1 Categoria 1

As atividades lúdicas realizadas pelos pais no ambiente doméstico, em relação às unidades de análise são descritas abaixo:

A entrevistada nº 5 relata: *“Brincamos com ele de motoca, de casinha e com seus brinquedos dentro de casa, pois, como não brincamos fora de casa porque ele não caminha, aproveitamos assim o chão e brincamos bastante”*.

A entrevistada nº 2 afirma: *“Dançamos, jogamos bola, brincamos na piscina, de andar a cavalo, contar história, tocar gaita e violão. Tanto eu quanto o meu marido brincamos muito. Quando estamos em casa ou vamos brincar fora no pátio, eu ou ele que estamos com ela sempre”*.

Ao compreender a interação, a entrevistada nº4 relata: *“Eu canto para ela e converso bastante. Procuro sempre ensinar conversando bastante. Faço brincadeiras com alguns brinquedos e conto versinhos. Ela não se apega muito com os brinquedos e sim com as pessoas”*.

A entrevistada nº 1 conta: *“Brincamos e conversarmos com a criança. Colocamos música para ele ouvir, batemos palmas e fazemos ele andar. Cantamos várias músicas e brincamos com vários brinquedos com*

sons, como: chocalho e brinquedos de animais. Chamamos a atenção pelo nome e colocamos história infantil para ele ouvir”.

Ainda a entrevistada nº 3 diz: *“Realizo várias brincadeiras. Tudo o que posso fazer como mãe eu faço. Eu brinco com ele cantando, dançando, explorando os brinquedos, tentando sempre estimular mostrando e fazendo barulho”*.

A relação primária da mãe com o bebê é substancial e incomparável a toda e qualquer relação que venha se estabelecer. No ambiente é inicialmente a mãe ou quem exerça a função que introduz o bebê, em pequenas ações, como o carinho ao segurá-lo e também como apoio psicológico; ao manuseá-lo com todo carinho e, assim, apresentar o mundo para a assimilação da criança. Na função materna, a adaptação da mãe com o bebê exerce três funções: a) apresenta o seio ou mamadeira no momento certo, dando a ilusão a ponto de criar um objeto; b) sustenta o bebê e o protege dos perigos, e assim o sustenta psicologicamente; c) manipula o bebê enquanto é cuidado (FALKENBACH; DREXSLER; WERLE, 2007).

As crianças utilizam os modelos concretos e viventes para representar no brincar - isso significa que o ato de imitar é uma das regras do jogo infantil. A imitação é seletiva e está vinculada ao prestígio, emoção, sentimentos e ao afeto; por isso, a criança, no ato de brincar, costuma representar tudo aquilo que mexe com as emoções, seja para se locupletar, seja para explicitar seus conflitos. Assim, a criança expressa e resolve seus problemas por meio das atividades simbólicas, dando vida ao brincar (NEGRINE, 2002).

A brincadeira é a forma em que o lúdico está presente, ela é construtiva e estimuladora. É uma situação privilegiada de aprendizagem infantil. Em que o desenvolvimento pode alcançar níveis mais complexos, exatamente pela possibilidade de interação entre os pares em uma situação imaginária e pela negociação de regras de convivência e de conteúdos temáticos (WAJSKOP, 1999).

3.2 Categoria 2

As percepções da mãe ou responsável sobre as atividades lúdicas na EP são descritas abaixo:

Ao compreender a relação das brincadeiras com o desenvolvimento da criança o responsável nº 4 relata: *“Para a criança se desenvolver mais. Com as brincadeiras ela interage e aprende muito, assim acredito que a cada dia ela irá evoluir mais”*. Essa interação também é relatada pela entrevista da nº 2: *“Para estimular o desenvolvimento da melhor forma, pois brincando a criança irá aprender mais. É importante para a gente também poder continuar em casa as brincadeiras de uma maneira correta”*.

A entrevistada nº 1 afirma: *“É importante para ele entender a vida e as coisas ao redor, assim futuramente ele de repente poderá realizar as coisas que hoje não faz. Mesmo o meu filho ter muitas limitações, nos momentos lúdicos ele se manifesta com alegria, interagindo, fazendo expressões que sem ser com as brincadeiras não faz”*.

A entrevistada nº 3 explica: *“Para a criança ficar mais esperta e mais atenciosa. Conforme a brincadeira ele aprende, se desenvolve e se movimenta mais. Com o brinquedo ela consegue se soltar mais, mas percebo que nem todos ela gosta, tendo preferência por alguns”*.

Ainda a entrevistada nº 5 afirma *“É importante para que ele possa aprender coisas novas, e eu percebo que ele interage e se desenvolve através das brincadeiras. Ele gosta de brincar e isso facilita para se desenvolver mais”*.

O programa de Estimulação Precoce realiza-se com crianças de zero a três anos de idade, destinando-se às crianças que apresentam: atraso no desenvolvimento, susceptibilidade de virem a apresentar deficiências e com diagnóstico de alguma necessidade especial. Nesse sentido, o papel da mãe na rotina da EP é muito importante como mediadora da criança em seus estímulos no

desenvolvimento integral; a mãe que convive no dia a dia faz com que os estímulos incentivem o desenvolvimento global e um ambiente estimulador favorece o processo evolutivo da criança (BRASIL, 1997).

É pelo brincar que se é capaz de gerar a ludicidade para criar o universo do brinquedo. O mundo lúdico não está em algum lugar, não é uma instituição, não é uma atividade, não é real. Entretanto, ele pode acontecer a qualquer momento, a qualquer hora, em qualquer circunstância e em qualquer lugar, desde que simplesmente a criança ou o adulto decida querer brincar. A ludicidade está ali, presente, viva e em toda a plenitude. Ela somente se manifesta como forma viva e vivida (SANTIN, 1996).

Ao se pensar na aprendizagem e na sua relação do lúdico com o desenvolvimento infantil, as brincadeiras são o modo básico pelo qual elas tomam consciência de seus corpos e de suas capacidades motoras. Brincar também serve como importante facilitador do crescimento cognitivo e afetivo da criança pequena, bem como importante meio de desenvolver tanto habilidades motoras refinadas quanto habilidades motoras rudimentares (GALLAHUE; OZMUN, 2001).

O lúdico é um instrumento para proporcionar a estimulação adequada para cada criança, independente da sua origem e prática psicomotora; porém, o brincar deve ser visto como momentos de aprendizagens e não de passar o tempo. Nessa relação não se pode desvalorizar as crianças em função daquilo que não sabem, deve-se valorizar o seu saber e guiá-las na direção de um fazer (saber) que tenha relação com o seu mundo cotidiano, convidando a olhar o que fazem e, sobretudo, não as levar a aprender (MATURANA, 1998).

3.3 Categoria 3

As percepções dos pais ou responsável sobre o ato de brincar em casa.

Em relação ao lúdico a entrevistada nº 2 destaca: *“Porque como mãe percebo que, como sempre brinquei com a criança, ela se desenvolveu bem e assim brincamos em casa de várias brincadeiras para que ela aprenda cada vez mais”*. E a entrevistada nº 1 termina a entrevista afirmando: *“Para a criança aprender, estimulando e interagindo com todos. Por ele usar sonda é através das brincadeiras que nós podemos interagir e cuidar ao mesmo tempo”*.

Ao ser questionada a mãe nº 4 afirma que brincar em casa com a criança favorece no desenvolvimento: *“Para ela se distrair e para ser uma criança feliz. Quando eu brinco com ela, procuro estimular para se desenvolver mais. É na brincadeira que ela se sente bem e aprende cada vez mais”*.

A entrevistada nº 3 relata: *“Brincamos porque ele é uma criança igual às outras e é preciso explorar através do brincar. Ele gosta bastante e para nós cada progresso é muito gratificante e cada sorriso é muito gratificante”*. E, para concluir, a mãe nº 5 revela: *“Brincamos para ver ele feliz e para poder ver ele dando risada, este é meu maior presente”*.

O brincar é o meio facilitador da estimulação do desenvolvimento humano. Assim, a brincadeira é o trabalho da criança. Brincando, ela contribui para o desenvolvimento, estimulando os sentidos, usando músculos, coordenando visão e movimento, adquirindo domínio sobre seu corpo. Além disso, com os jogos de faz de conta, ensaia papéis e enfrenta emoções variadas. Desenvolve a criatividade, constrói novas formas de pensamento, estabelece conceitos, enfim, pela brincadeira, a criança vai se construindo enquanto adulto capaz de pensar, sentir, se relacionar. Durante seu desenvolvimento, a criança passa por várias etapas na construção do jogo (TOMELIN, 2006).

A brincadeira é universal. O brincar facilita o crescimento e conduz aos relacionamentos grupais, e esse ato não tem hora nem tempo. O brincar é extremamente excitante, a sua importância é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade do psico-pessoal e a experiência do controle dos jogos reais; é a precariedade da magia que se origina na intimidade, num relacionamento que

está sendo descoberto como digno da confiança. Para ser digno da confiança, o relacionamento é necessariamente motivado pelo amor da mãe ou pela sua relação com o objeto. Assim, cada criança introduz e descobre o seu brincar e as suas capacidades (WINNICOTT, 1975).

Na utilização do lúdico, não tem idade para ocorrer a aprendizagem. Toda criança aprende quando brinca; sendo uma maneira prazerosa e que proporciona a interação com o meio. Ao compreender que a ludicidade é uma textura simbólica fecundada, gestada e gerada pela criatividade simbolizadora da imaginação de cada um, brincar, acima de tudo, é exercer o poder criativo do imaginário humano construindo um universo, do qual o criador ocupa um lugar central, através de simbologias originais e inspiradas no universo real de quem brinca. Os mundos fantasiosos do brinquedo revelam a fertilidade inesgotável de simbolizar, do impulso lúdico que habita o imaginário (SANTIN, 1996).

4 CONCLUSÃO

A partir da coleta e análise dos dados, pode-se inferir que os objetivos propostos no presente estudo, de investigar o perfil epidemiológico e clínico de crianças entre zero e três anos, com deficiência, atendidas na EP de um CMEE foi alcançado. Mesmo considerando o número reduzido de crianças atendidas no referido Centro, conseguiram estabelecer o perfil das cinco crianças atendidas na EP, bem como verificar a percepção da família em relação à importância ou não desta atividade lúdica na evolução do desenvolvimento de seus filhos.

Considerando os resultados encontrados no Quadro 1, percebe-se que as cinco crianças têm um perfil clínico definido, com diagnósticos que variam de Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, Hidrocefalia à Distrofia Muscular e que foram encaminhadas tardiamente para a EP, na qual a criança 1, de três anos e onze meses, está em atendimento há apenas um mês; a criança 2, de três anos e dez meses, está sendo atendida há cinco meses; a criança 3, de três anos e onze meses, recebe atendimento há cinco meses; a criança 4, de três anos e nove meses, está em atendimento há dois meses, e a criança 5, de dois anos e seis meses, foi encaminhada aos 6 meses, mas está sendo atendida há apenas seis meses.

No quadro 2, encontra-se a renda mensal das famílias pesquisadas, das quais quatro se enquadram entre R\$ 500,00 a R\$1.000,00 e apenas uma família tem renda mensal de R\$1.001,00 a R\$3.000,00. Destaca-se também que, das cinco famílias, quatro residem no interior da cidade, tendo que se deslocar toda a semana para que seus filhos recebam os atendimentos prescritos.

Quando questionados sobre a importância do brincar, sobre quem realizava as atividades lúdicas no ambiente doméstico, percebe-se que, na maioria das vezes, a mãe tem um papel fundamental nas referidas atividades realizadas em casa e no acompanhamento ao atendimento na EP. É de suma importância ressaltar que os pais consideram importante a brincadeira tanto em casa quanto nos atendimentos realizados no CMEE para a evolução da criança, no que diz respeito a um desenvolvimento mais harmônico e a uma melhor qualidade de vida.

O presente estudo, além de contribuir para a divulgação da importância de um Centro de Atendimento em Estimulação Precoce em um município do Alto da Serra do Botucaraí, pretende ainda colaborar para que gestores e profissionais das áreas da Saúde e da Educação conheçam e invistam no atendimento interdisciplinar de crianças de tenra idade que necessitem de atendimento em EP o quanto antes, buscando minimizar possíveis déficits. Com relação ao brincar, espera-se que, com os resultados da pesquisa, profissionais que atendem crianças “especiais” construam um novo olhar sobre o ato de brincar com essas crianças. A partir das informações coletadas, também será possível realizar ações que divulguem e informem profissionais médicos no que diz respeito ao encaminhamento precoce de crianças, cujo desenvolvimento encontra-se defasado, fato este que ainda não ocorre no município em questão.

Pelo número reduzido de crianças que compuseram esta amostra, dada a relevância do tema, sugere-se que novos estudos sejam realizados. Salienta-se a importância de que os profissionais envolvidos neste processo de avaliação, orientação, encaminhamento e atendimento de crianças de zero a três anos de idade com necessidades especiais conheçam, incentivem e estimulem a participação delas em serviços de EP e conheçam o real significado do brincar e das atividades lúdicas como favorecedores do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- ARAGUAIA, Mariana. **Distrofia Muscular**. 2010. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/doencas/distrofia-muscular.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- ASPESI, Nelson Venturella; Gobato, Pedro Luis. **Hidrocefalia Infantil**. 2010. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?237>>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- AZEVEDO, George Dantas de; et al. **Efeito da Idade Materna sobre os Resultados Perinatais**. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 22 jan. 2011.
- BBC BRASIL **8 milhões de bebês nascem com defeitos genéticos**. 2006. Disponível em: <http://www.serdown.org.br/serdown/noticias/noticia.php?cod_noticia=52>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BOLSANELLO, M. A. **Interação mãe-filho portador de deficiência: concepções e modo de atuação dos profissionais em Estimulação Precoce**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- BONAMIGO, E. M. R. et al. **Como ajudar a criança no seu desenvolvimento: sugestões de atividades para a faixa de 0 a 5 anos**. 8. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2001.
- BRASIL, Secretaria da Educação Especial. **Deficiência Mental**. Brasília: MEC/SEESP, 1997.
- BRASIL, Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce: **o portador de necessidades especiais**/ Secretaria Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP, 1995.
- FALKENBACH, Atos Prinz; DREXSLER, Greice; WERLE, Verônica. **A relação mãe/criança com necessidades especiais**. Lajeado: UNIVATES, 2007.
- GALLAHUE, David L; OZMUN, John C. **Compreendendo o desenvolvimento Motor. Bebês, Crianças, Adolescentes e Adultos**. São Paulo: Phorte, 2001.
- MATURANA, Humbert. **Emoções e linguagem na Educação e na Política**. Belo Horizonte: UFMG, 1998. p. 98.
- NEGRINE, Airton. **O Corpo na Educação Infantil**. Caxias do sul: EDUCS, 2002.
- PRADO, Gilmar Fernandes do; LEITE, Jaqueline Maria Resende Silveira. **Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos**. 2011. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_1/paralisia_cerebral.htm>. Acesso em: 19 fev. 2011.
- PERCÍLIA, Eliene. **Síndrome de Down**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/doencas/sindrome-de-down.htm>>. Acesso em: 19 fev. 2011.

SANTIN, Silvino. **Educação física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento**. 2.ed. Porto Alegre: ESEF, 1996.

SILVA JLP. A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. In: Saito MI, Silva LEV. **Adolescência - prevenção e riscos**. São Paulo, Editora Atheneu, pp. 299-305, 2001.

SCHUPP, Tânia. **Idade materna avançada**. 2011. Disponível em: <<http://www.drauziovarella.com.br/ExibirConteudo/1135/idade-materna-avancada>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

WAJSKOP, Gisela. **Brincar na pré-escola**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

TOMELIM, Karina Nones. **Brincar pra quê?** reflexões sobre o brincar na atualidade. Blumenau: Nova Letra, 2006.

