

CURSO: Fisioterapia

EQUIPE:

Professora Coordenador/Orientador: Jaqueline Evani dos Santos

Alunos: Henry Jonathas Messias Santos de Santana

Georgiane Mary de Souza

**PSICOMOTRICIDADE E SÍNDROME DE DOWN: PORQUE NORMAL
É SER DIFERENTE**

Relatório de Pesquisa

Campina Grande-PB

Fevereiro/2012

JACQUELINE EVANI DOS SANTOS

**PSICOMOTRICIDADE E SÍNDROME DE DOWN: PORQUE
NORMAL É SER DIFERENTE**

Relatório de Pesquisa apresentado ao Núcleo de Pesquisa e de Extensão (Nupex) do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (Cesed) de acordo com o que preconiza o regulamento.

Campina Grande-PB

Fevereiro /2012

SUMÁRIO

1 INTODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 NEUROPATIA OU NEUROLOGIA	11
2.2 COMPROMETIMENTO COGNITIVO	13
2.3 DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN E COMPRMETIMENTO MOTOR	13
2.4 NEUROPLASTICIDADE	15
2.5 AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA	16
2.6 PSICOMOTRICIDADE E SÍNDROME DE DOWN	16
3 METODOLOGIA	18
4 APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS	19
5 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE/ANEXO	29

RESUMO

Referencial: A síndrome de Down (SD) é decorrente de um acidente genético que ocorre com o aumento da idade materna. Atualmente é considerada como a alteração genética mais freqüente que ocorre entre os recém nascidos vivos e como umas das causas, mas freqüentes de retardo mental, a mesma é definida como um distúrbio genético causado pela presença de um coromossomo 21 extra total ou parcialmente. A psicomotricidade mostra-se como um importante instrumento para o tratamento de crianças com SD, pois a mesma é encontrada em qualquer gesto que cerca o desenvolvimento da criança, se preocupando com o corpo em movimento pois este é um dos instrumentos mais poderosos que o sujeito tem para expressar conhecimentos, idéias, sentimentos e emoções. **Objetivo:** Identificar os efeitos do trabalho psicomotor no desenvolvimento global da criança portadora da síndrome de Down; contribuir para o tratamento global da criança com síndrome de Down e buscar novos campos para a fisioterapia no tratamento de crianças. **Metodologia:** Participaram do estudo 6 crianças com SD por um período de 6 meses, onde as crianças foram avaliados 2 vezes na inicio do tratamento e ao final. Como instrumento de avaliação utilizado foi a bateria Psicomotora de Fonseca, composta por 7 fatores: Tonicidade, Equilíbrio, Lateralidade, Noção corporal, Praxia global e fina e Estruturação espaço-Temporal. Esses foram pontuados de 1 a 4, onde 1 é refernte ao perfil apráxico, 2 ao perfil dispráxico, 3 ou eupráxico e 4 ao hiperpráxico. **Resultados:** Durante o período de tratamento , as crianças com SD mostraram uma evolução quanto ao seu perfil psicomotor, pois ao inicio do tratamento apresentava um perfil psicomotor 2 (Dispráxico) e ao termino um perfil 4 (Hiperpráxico). **Conclusão:** Os resultados sugeriram a psicomotricidade é uma forma de tratamento para crianças com SD, no qual os próprios movimentos corporais das crianças, em conjunto com as brincadeiras e a fisioterapia, lhe proporcionaram um ganho em seu desenvolvimento motor, cognitivo e psíquico.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a síndrome de Down é considerada a alteração genética, mas freqüentes do retardo mental. No Brasil, de acordo com as estimativas do IBGE realizadas no censo 2000, existem 300 mil pessoas com Síndrome de Down (FONTE; PORTAL DA SINDROME DE DOWN).

A síndrome de Down existe a milhares de anos sendo esta uma patologia cromossômica associada à trissomia do cromossomo 21, descrita pela primeira vez pelo médico inglês John Langdon Down que descreveu o fenótipo desta síndrome. Segundo Figueira (2004, p. 179), "sua incidência é de 1 em 700 nascidos vivos , não importando etnia ou situação socioeconômica." Acredita-se que também esteja associada a idade materna, mulheres de idade mas avançada possuem maior probabilidades de terem filhos portadores desta síndrome.

Uma das características desta síndrome é o retardo mental associado à agressividade, hiperatividade, e uma face típica da característica da existência de três cromossomas 21, ou seja, um cromossoma a mais do que o normal.

De acordo com Fausto (2005, p. 185), "a síndrome de Down é a principal causa de retardo mental grave; QI de 25 a 50. Ironicamente, estas crianças gravemente desabilitadas podem ter maneiras gentis e tímidas e serem mais facilmente direcionadas do que os irmãos, mas afortunados, que não carregam o cromossomo extra".

Baseado nestas características a psicomotricidade se mostra um importante recurso no tratamento destas crianças, pois a mesma existe nos menores gestos e em todas as atividades que desenvolve a motricidade, visando ao conhecimento e ao domínio do seu próprio corpo. Sendo um fator essencial e indispensável ao desenvolvimento global e uniforme. Envolvendo estímulos motores psíquico e pedagógicos, pois é a base fundamental para o processo intelectual e de aprendizagem da criança. Considerando não só aspectos psicomotores, mas os aspectos cognitivos e sócio-afetivos que constituem o sujeito tendo, através do seu corpo em movimento, das suas relações com seu mundo interno e externo, pois o corpo é um dos instrumentos mais poderosos que o sujeito tem para expressar conhecimentos, idéias, sentimentos e emoções.

Segundo D. R. da Silva. J. S. Ferreira (2001, p. 69), "seu desenvolvimento físico, mental e emocional e sua adaptação social dependem, em grande parte, das possibilidades que ele adquire de mover-se e de descobrir-se, bem como de descobrir o mundo que o cerca.

O objetivo da mesma é contribuir para o melhor desenvolvimento da coordenação, do equilíbrio das crianças, e suas necessidades globais como emocionais, sendo baseada no desenvolvimento motor normal da criança usando elementos de motivação. Através de brincadeiras e exercícios fisioterapêuticos.

1.1 Objetivos

- a) Identificar os efeitos do trabalho psicomotor no desenvolvimento global da criança portadora da síndrome de Down.
- b) Contribuir para o tratamento global da criança com síndrome de Down.
- c) Buscar novos campos para a fisioterapia no tratamento de crianças.

Este relatório visa abordar os efeitos do uso das técnicas de Psicomotricidade no desenvolvimento Neuropsicomotor em 6 Crianças portadoras da Síndrome de Down submetidas ao projeto Psicomotricidade e Síndrome de Down: Porque o normal é ser diferente, sendo este desenvolvido na APAE-CG , de junho a dezembro do ano de 2011, totalizando 7 meses de atendimentos. Onde eram realizadas 2 sessões por semana variando de 1hr a 1:30 hrs, onde foram através destas que pode se evidenciar as dificuldades encontradas na execução deste projeto e sua importância para o Ensino da Fisioterapia e do exercício da profissão do fisioterapeuta.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Síndrome de Down (SD) ou trissomia do cromossomo 21 é um distúrbio genético, na qual o portador tem excesso de material genético do cromossomo 21, ou inveís de apresentar dois cromossomos 21 o portador de síndrome de Down possui três.

As anomalias cromossômicas humanas manifestam-se como alterações no número total ou como rearranjos estruturais. O complexo cromossômico normal é expresso como 46 xx para as mulheres e 46 xy para os homens, qualquer erro que ocorre na meiose ou mitose à célula adquire um complemento cromossômico que não é múltiplo exato de 23, é chamado de aneuploidia, sendo a aneuploidia autossômica $47\ xx + 21$ referente à síndrome de Down (FAUSTO; ABBAS; KUMAR, 2005).

Para Robin (2006), existem três mecanismos pelos quais podem estar presentes nas células somáticas as três cópias dos genes do cromossomo 21 que são responsáveis pela síndrome de Down. A não disjunção que aproximadamente 95% dos casos o cromossomo 21 é de origem materna, translocação de um braço longo extra do cromossomo 21 para outro cromossomo acrocêntrico que causa cerca de 5% dos casos e mosaïcismo para o cromossomo 21 é causada pela não disjunção durante a mitose de uma célula somática, sendo responsável por cerca de 2% as crianças nascidas com síndrome de Down.

De uma forma geral a síndrome do cromossomo 21 é um acidente genético sobre o qual ninguém tem controle. Qualquer mulher pode ter filho com síndrome de Down, não importa raça, nacionalidade ou classe social.

2.1 Neuropatia ou Neuropatologia

O sistema nervoso do portador de síndrome Down apresenta anormalidade tanto na função como em sua estrutura.

O cérebro é esférico e pequeno, com menos sulcos secundários que o normal. Os lobos temporais superiores exibem hipoplasia e a fissura silviana é proeminente. Microscopicamente, há redução da densidade neuronal em diversas áreas corticais. As células piramidais contêm número reduzido de dendritos apicais e sinapses. O cerebelo é pequeno e inclui um acúmulo de células fetais indiferenciadas (MERRITT, 2007 p. 565).

Todos os neurônios formados são afetados na maneira como se organizam em diversas áreas do sistema nervoso e não só há alterações na estrutura formada pelas redes neuronais, mas também nos processos funcionais da comunicação de um com o outro.

Os portadores dessa síndrome apresentam características clínicas importantes para seu diagnóstico, dentre as características físicas pode se citar: achatamento da parte de trás da cabeça, inclinação de fendas pálpebras, pequenas dobras de pele no canto interno dos olhos, língua proeminente, ponte nasal achatada, orelhas ligeiramente menores, boca pequena, hipotonia, hiperextensibilidade ligamentar, mãos e pés pequenos, pele na nuca em excesso, displasia pélvica, displasia da falange médio a do quinto dedo e rugas seminianas.

Muitos desse ainda apresentam alterações no esquema e imagem corporal, dificuldades na integração das informações do sistema visual e/ ou proprioceptivo e na seleção sensorial, significando uma falta de habilidade para selecionar uma modalidade sensorial dificultando no controle postural quando ocorre a chegada de varias informações ao mesmo tempo, interferindo diretamente no desenvolvimento psicomotor desses indivíduos. (CORRÊA; SILVA; GESUALDO, 2005).

Quanto ao quadro sintomatológico pode se observar disgenesias (alguns órgão que não se formam completamente), espinha bífida, deformação no coração, deformação do pavilhão da orelha e estrabismo, podendo ainda apresentar alterações mentais consideráveis, onde as alterações da imagem corporal prejudicam o domínio dos movimentos e a consciência de seus seguimentos corporais o que influencia diretamente em seu desenvolvimento neuropsicomotor.

Para Araujo; Scartezini e Krebs (2007, p.79,) “essas crianças apresentam hipotonia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, crescimento físico lento, atrasos nas aquisições de marcos motores básicos e dificuldades de adaptação social”.

Essas alterações podem ser classificadas de acordo com os sistemas afetados, no sistema Neuromuscular se observa: Hipotonia, produção de força muscular baixa, reações posturais lentas, tempo de reação lento, retardos motores que aumentam com a idade, no sistema musculoesquelético: hiper mobilidade articular, lassidão ligamentosa, deformidade do pé, escoliose, instabilidade atlantoaxial em 20% dos casos, e na caixa pulmonar: Doença cardíaca congênita em 40% dos casos, hipoplasia pulmonar, com hipertensão pulmonar, as incapacidades secundárias desrespeitam a déficits de controle motor, na coordenação, no controle postural, na produção de força, na flexibilidade e equilíbrio, demonstrando uma habilidade prejudicada em lidar com processos cognitivos avançados, com demandas

simultâneas e com organização de informações na execução e no aperfeiçoamento de tarefas (TECKLIN, 2002).

2.2 Comprometimento Cognitivo

Comprometimento cognitivo é um termo geral que compreende qualquer tipo de dificuldade ou deficiência mental.

Embora a Síndrome de Down seja classificada como uma deficiência mental, não se pode nunca predeterminar qual será o limite de desenvolvimento do indivíduo. Historicamente, o portador com Síndrome de Down foi rotulado como deficiente mental severa e em decorrência deste rótulo acabou sendo privada de oportunidades de desenvolvimento.

A classificação da deficiência mental é bastante questionada hoje em dia, sendo estes determinados a partir de teste de QI (quociente intelectual). Wovg (1999), afirma que a nova classificação não está baseada em escores de QI como anteriormente. Em vez disso, enfatiza capacidades, ambientes, suportes e habitações.

Embora seus efeitos sejam diferentes em cada criança, a deficiência mental geralmente torna mais lento o desenvolvimento. A criança com SD aprenderá novas habilidades mais devagar do que outras crianças, encontrando mais dificuldades para prestar atenção durante extensos períodos de tempo, sua memória pode não funcionar tão bem como a das outras crianças e ele terá mais dificuldade para aplicar o que aprende em um ambiente a outro (KOZMA, 2006).

Trekin (2002), afirma que a fisioterapia tem um papel importante, desafiador e multifacetado no tratamento de criança com retardo mental, de modo que esse desafio é inerente à apresentação clínica da criança que possui incapacidades simultâneas e interativas nos campos neuromotor, musculoesquelético, de desenvolvimento, cognitivo e afetivo. O fisioterapeuta deve ser capaz não apenas de avaliar precisamente a criança, mas sim desenvolver, implementar, modificar e dividir de modo inovador com os pais e com outros profissionais, um plano de intervenção cuidadosa.

2.3 Desenvolvimento da Criança com Síndrome de Down e Comprometimento Motor

Conforme Santos (2007), O desenvolvimento da criança refere-se como um conjunto de alterações contínuas na vida de um organismo que obedece a certa seqüência progressiva e

irreversível. O mesmo autor complementa afirmando que o desenvolvimento, não pode ser confundido com crescimento e com maturação, onde o crescimento refere ao aumento em tamanho do organismo ou parte dele, já a maturidade refere ao processo que culmina no estado definitivo de uma aquisição ou função.

O desenvolvimento da criança começa desde os primeiros dias de vida. Compreendendo como uma das fases primordial para o desenvolvimento normal, de modo que a criança apresenta as características de acordo com a faixa etária, sendo normal apresentar um ou outro aspecto adiantado ou atrasado em relação em a outras crianças.

A seqüência de desenvolvimento da criança com Síndrome de Down geralmente é bastante semelhante à de crianças sem a síndrome e as etapas e os grandes marcos são atingidos, embora em um ritmo mais lento.

Para Ávila e Rodrigues (2008), a criança que nasceu com Síndrome de Down vai controlar a cabeça, rolar, sentar, arrastar, engatinhar, andar e correr, exceto se houver algum comprometimento além da síndrome. Na verdade, quando ela começa a andar, há necessidade ainda de um trabalho específico para o equilíbrio, a postura e a coordenação de movimentos.

Além de estas terem um desenvolvimento mais lento, a síndrome apresenta comprometimento intelectual, motor e de linguagem. No entanto as possibilidades motoras das crianças evoluem amplamente de acordo com sua idade e chegam a ser cada vez mais variada, complexas ou completas, ou seja, reflete de uma ampla diversidade de fatores, que ocorre desde a alteração genética até as dificuldades de integração perceptiva, cognitiva e proprioceptiva.

A organização do sistema motor da criança resulta de um processo progressivo e seqüencial, que é resultado da interação das respostas do sistema nervoso com o meio ambiente da criança, garantindo seu desenvolvimento normal (SANTOS, 2007).

Uma das características principais da Síndrome de Down, que afeta o desenvolvimento motor, é a hipotonia generalizada, presente desde o nascimento. Esta hipotonia origina-se no sistema nervoso central, e afeta toda a musculatura e a parte ligamentar da criança. Com o passar do tempo, a hipotonia tende a diminuir espontaneamente, mas ela permanecerá presente por toda a vida, em graus diferentes. O tônus é uma característica individual, por isso há uma variação entre as crianças com esta síndrome.

Segundo Araujo; Scartezini e Krebs (2007), A hipotonia e a força muscular vão melhorando à medida que a criança com a síndrome fica mais velha. O mesmo autor afirma que, referente às habilidades motoras há evidencias de que as crianças com síndrome de Down apresentam atraso nas aquisições de marco motores básicos, atribuída às alterações do

sistema nervoso, dificultando assim a produção e o controle de ativações musculares apropriadas.

2.4 Neuroplasticidade

Os neurônios são células características do sistema nervoso central que possuem a capacidade de estabelecer conexões entre si, quando recebem estímulos advindos do ambiente externo ou do próprio organismo. Essas conexões são responsáveis por tudo o que somos. Por nossa personalidade, modo de agir, pela forma que nosso corpo vai adquirindo no transcorrer da vida.

De acordo com Silva e Kleinmans (2006), até meados do século passado, supunha-se que os neurônios não possuíam capacidade de se dividirem, sendo impossível de se fazer algo quando as conexões e neurônios eram perdidos em consequência de lesões. Hoje, sabe-se, que ao ocorrer uma lesão cerebral, as áreas relacionadas podem assumir em parte ou totalmente as funções daquela área lesada. Essa plasticidade envolve todos os níveis do sistema nervoso, do córtex e até da medula espinal.

Para o autor supracitado, a neuroplasticidade ou plasticidade cerebral é a denominação usada para referenciar a capacidade adaptativa do sistema nervoso central, habilidade para modificar sua organização estrutural e funcional. Propriedade do sistema nervoso que permite o desenvolvimento de alterações estruturais em resposta à experiência e como adaptação a condições mutantes e a estímulos repetidos.

Segundo Haase e Larcerda (2004), a plasticidade cerebral é definida como a capacidade do sistema nervoso modificar sua estrutura e função em decorrência dos padrões de experiência, ou seja, é a adaptação e reorganização da dinâmica do sistema nervoso frente às alterações.

Dentre as variedades de lesões que acomete a criança com síndrome de Down, tem-se uma importante influência, no desenvolvimento e no aprendizado, porém podem ocorrer diferenças significativas no desenvolvimento da criança com SD em decorrência da educação e do ambiente em que essas crianças estão submetidas desde os primeiros anos de vida.

2.5 Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica

Quando se trata de patologias acompanhadas de retardo mental a avaliação fisioterapêutica é de suma importância devendo esta conter quatro importantes elementos. Primeiro o fisioterapeuta não deve apenas avaliar o que a criança pode fazer, mas também os

processos subjacentes às habilidades e aos comportamentos observados determinando as tarefas que a criança pode realizar assim como o motivo porque a criança pode fazer esta tarefa específicas e não outra. Segundo TECKLIN (2002, p. 242), “os movimentos devem ser fragmentados em partes, e os processos mentais, fisiológicos e físicos básicos devem ser analisados em relação a essas tarefas”.

Os procedimentos utilizados em crianças devem ser diferenciados dos demais aplicados em adultos, muitas informações podem ser obtidas quando a criança brinca onde os testes padrões podem ser realizados quando o avaliador estabelecer afinidades com o avaliado, devendo observar o máximo de aspectos funcionais possíveis. Terceiro o fisioterapeuta não deve ser capaz apenas de identificar apenas as limitações destes, mas também as habilidades dos mesmos por mínimas que sejam, enfatizando a importância destas habilidades para as crianças, aos pais, e aos outros profissionais que trabalham com ela tendo um efeito importante na autoimagem das crianças e dos envolvidos no seu tratamento.

Quarto passo é a avaliação conjunta do fisioterapeuta, dos processos sensoriais e de atenção, esses que são muito importantes para a realização de suas atividades, tais como a realização da movimentação normal, devendo ser observado se a criança esta percebendo o mundo, o avaliador, para assim continuar a avaliação.

2. 6 Psicomotricidade e Síndrome de Down

A psicomotricidade é encontrada em todo e qualquer gesto que cerca o desenvolvimento da criança, podendo ser considerada uma ciência de grande importância no desenvolvimento global do indivíduo e em todas suas fases, se articulando com as áreas de Neurologia, a Psicologia e Pedagogia, se preocupando com o corpo em movimento pois este é um dos instrumentos mais poderosos que o sujeito tem para expressar conhecimentos, idéias, sentimentos e emoções.

A educação psicomotora procura superar o dualismo corpo-mente e, principalmente, tende à reestruturação e ao desenvolvimento da criança, utilizando métodos e conceitos educativos e reeducativos indiretos ao corpo (MAIGNE- DESTROPER apud TRIBASTONE, 2001, p.4).

Muitos são os elementos psicomotores trabalhados, dentre eles podem ser incluídos: Esquema corporal, Imagem corporal, Tônus, Coordenação global ou motricidade ampla, Motricidade fina, Organização espaço-temporal, Ritmo, Equilíbrio, Lateralidade.

O perfil psicomotor caracteriza as potencialidades e as dificuldades entre o psíquico e o motor da criança, que é influenciado e moldado de acordo com as condições orgânicas e os estímulos que lhe são oferecidos (ambientais),(PEREIRA. K; TUDELLA,2008, p.49).

Tendo em mente todos os fatores acima mencionados, é importante o conhecimento das áreas fisiológicas, emocionais e psíquicas envolvida nos transtornos psicomotores, estes podem aparecer nos indivíduos acompanhados ou não de transtornos neurológicos. Nestes transtornos está comprometida a imagem corporal, tônus, equilíbrio, coordenação, impedindo que a criança tenha domínio de seu próprio corpo. Desta forma ela apresentará dificuldades em todos os elementos psicomotores.

As crianças com síndrome de Down apresentam a necessidade de tratamentos mais humanizados, visando não apenas enfatizar suas limitações mas suas qualidades como primeiro plano,o tratamento em grupo é uma forma de buscar a interação dessas crianças não apenas com estímulos motores externos, mas também como forma de inclusão e interação dessas crianças na sociedade.

Aprender a lidar com suas necessidades e perceber que não se é o único,a apresentar aquela limitação é uma forma de incentivo, e de superação,o lúdico por sua vez é uma estratégia de tratamento de inclusão mas sobre tudo é uma forma de humanização.

Segundo P.A.Falkenbach.; .F.A Ruschel; .J Maróstica,(2002, p 5)“O aspecto fundamental se caracteriza pelo favorecimento do movimento naturalista da criança, bem como a vivência relacional com os iguais, professores e objetos”.

Mas qual a melhor forma de levar um tratamento para a criança de maneira que esta interaja? A brincadeira é a melhor maneira de ocorrer esta interação, pois esta é um ato social indispensável para o desenvolvimento permitindo que haja a comunicação entre gestos, mesmo que seja na ausência de comunicação verbal, é através da brincadeira que pode se observar as necessidades da criança tanto fisiológicas quanto emocionais, dando ênfase em suas habilidades e buscando a melhora de seus déficits.

É através da brincadeira que o individuo se apossa de seu contexto social começando a explorar suas capacidades funcionais, e suas reações de origem interoceptivas, proprioceptiva ou exteroceptiva sendo esta provocada e desencadeada pelo movimento. Dando assim importante espaço para um tratamento agradável e participativo, buscando o desenvolvimento global do individuo.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de campo com duração de sete meses, sendo este realizado por alunos do curso de fisioterapia e orientado pela professora especialista Jacqueline Evani dos Santos. No primeiro encontro foi realizada a autorização da participação das crianças no projeto onde os responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), em seguida foi realizada uma avaliação (Apêndice B) através da Anamnese e exame físico relacionado ao desenvolvimento Neuropsicomotor destas crianças, assim como as principais características que as mesmas apresentavam.

Após a avaliação as crianças foram submetidas ao tratamento em grupo, este iniciou se com atividades relacionadas à noção corporal dos mesmos, passando pela lateralidade, Equilíbrio, Marcha, Praxia Global, Praxia fina, para enfim chegar ao uso de circuitos que trabalhavam atividades globais, unindo todas as atividades antes trabalhadas de maneira separada, estas atividades vem descritas no Apêndice C.

O tratamento era realizado duas vezes por semana, onde cada sessão tinha a duração de 1 hrs a 1:30 hrs de atendimentos variando de acordo com as necessidades e a disposição das crianças uma vez que pelos princípios da Psicomotricidade a criança deve se manter motivada executar o movimento e não obrigada a realiza ló. Por outro lado os pais eram encorajados a manter as atividades em casa, assim como eram esclarecidas aos mesmos as necessidades individuais de cada criança.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

ESTUDOS DE CASOS

Caso 1

L.S.S sexo Feminino, 3 anos, cor parda, natural de Campina Grande, nascida em 02/07// 2008, residente do sítio Campo de Angola- Puxinanã, no momento encontra se estudando, apresentando dificuldade quanto a vocalização e socialização, Dentro dos antecedentes familiares a responsável relata a presença de um caso de SD na família, A gestação da mesma não foi desejada e nem tranqüila, sendo considerada conturbada pois o pai da mesma bebia, o que fazia com que a mãe se aborrecese, o parto foi Cesáreo e não apresentou intercorrencias durante os mesmo, mamou no peito até 2 anos e 5 meses e não pegou mamadeira, sua relação com a família é considerada normal pela mãe, se mostrando estrovertida e carinhosa.

Para a mãe a queixa principal é quanto a manipular objetos pequenos, pois a mesma apresenta dificuldade, em fechar a boca. Ao exame Físico pode se observar: anteroversão pélvica, joelhos genurecurvatum e valgo, pé plano, ombros assimétricos sendo o esquerdo mais alto, as características físicas são próprias da SD. Quando questionada a evolução Psicomotora pode se observar que a mesma engatinhou de barriga aos dois anos de idade, andou com 2 e 5 meses, mais não caia muito, aprendeu a andar segurando em cadeiras e na mão sendo que andava melhor quando estava acompanhada da irmã, a evolução do movimento de pinça ocorreu de maneira devagar e com dificuldade, consegue realizar movimentos mais amplos como chutar bola e não consegue subir escadas sozinhas. Atualmente a mesma encontra se calma, não consegue andar de bicicleta sozinha, não consegue subir escadas sozinha, mostra se desinteressada quanto a realização de atividades com outras crianças e um pouco insegura.

Quando aplicada inicialmente a Bateria Psicomotora de Fonseca a mesma apresentou:

Quadro 1 – Aplicação da Bateria Psicomotora de Fonseca

Elementos avaliados	Pontuação Inicial	Pontuação Final
Noção Corporal	$3+1+1+2+1/5= 1.6$	$3+2+3+4+1/5=2.6$
Lateralidade	2	3
Equilíbrio	$4+4+2/3= 3.3$	$4+4+3/3= 3.6$
Tônus	$1+1+1+2+2+1/6= 1.3$	$4+3+4+4+2+3/6= 3.3$
Praxia Global	$1+1+1/3= 1$	$2+1+2/3= 1.6$
Praxia Fina	$1+1+1/3= 1$	$1+2+2/3= 1.6$
Estrutura espaço temporal	$1+1+1+1+1/5= 1$	$1+2+2+1+3+2/5= 2.2$
Total	11.2	17.9

Fonte: Dados da Pesquisa

No primeiro momento da avaliação foi calculado de maneira quantitativa os elementos supracitados acima totalizando a quantia de 11.2 o que demonstra um perfil Psicomotor considerado Dispráxico, apresentado Ligeiras e específicas dificuldades de aprendizagem. Após 6 meses de tratamento a mesma criança foi avaliada e seu perfil foi igual a 17.9, que segundo a tabela proposta por Vitor Fonseca é um Perfil considerado Normal, sem apresentar déficits de aprendizagm.

Caso 2

J.P.F sexo Masculino, 3 e 5 meses, de cor parda, natural de Campina Grande, nascido em 18/ 03/ 2008, morador da cidade de Campina Grande, não estuda, não possui casos de SD na família, sendo de uma gestação não desejada, tranqüila, calma, parto Cesárea, apresentando deslocamento de Placenta , Infecção urinária e anemia durante o período gestacional, após o nascimento o mesmo mamou até 8 meses de idade, apresentando uma passagem conturbada do peito para a mamadeira, pois tinha muita dificuldade de segurar a mesma. Sua relação com a família é considerada regular, a mãe se queixa de não conseguir impor limites ao mesmo,

se comunica bem em casa, mais mostra-se tímido diante das pessoas que não fazem parte de sua família.

A mãe relata como queixa principal quedas frequentes e déficit de equilíbrio acompanhado de dificuldade de pegar objetos lisos e grandes. Ao exame Físico foi observado retroversão pélvica, base alargada, pé plano, joelho varo e ptose abdominal.

Quanto à evolução Psicomotora o mesmo engatinhou com 1 ano, andou com 2 e 10 meses, não caía muito, aprendeu a andar empurrando uma cadeira de plástico, andava sozinho e conseguia andar melhor quando estava acompanhado da mãe, a coordenação e os movimentos finos ocorreram de maneira normal, conseguiu subir escadas e se mostra tímido em relação a novas situações.

Quando aplicada inicialmente a Bateria Psicomotora de Fonseca a mesma apresentou:

Quadro 2 – Aplicação da Bateria Psicomotora de Fonseca

Elementos avaliados	Pontuação Inicial	Pontuação Final
Noção Corporal	$2+2+2+1+1/5= 1.6$	$4+3+4+1+3/5= 3$
Lateralidade	2	3
Equilíbrio	$2+2+2/3= 2$	$4+3+3/3= 3.3$
Tônus	$4+4+3+3+2+3/6= 3.1$	$3+4+4+4+3+4/6= 3.6$
Praxia Global	$1+1+2/3= 1.3$	$3+2+3/3= 2.6$
Praxia Fina	$1+1+1/3= 1$	$3+1+1/3= 1.6$
Estrutura Espaço Temporal	$1+1+1+1+1/5= 1$	$1+2+1+1+1/5= 1.2$
Total	12	18.3

Fonte: Dados da Pesquisa

No início do tratamento Psicomotor a referida criança foi avaliada e mostrou um Perfil Psicomotor total de 12 sendo considerado de acordo com Fonseca em um perfil Dispráxico apresentando igéiras dificuldades de aprendizagem, após 6 meses de tratamento foi observado um perfil de 18.3 sendo este considerado pelo mesmo autor como um perfil Psicomotor normal.

Caso 3

L.E.L.C. sexo Masculino, 3 e 9 meses, cor parda, natural de Campina Grande, nascido em 31/ 10/ 2007, residente de Lagoa Seca, estuda o pré I, apresentando dificuldade de linguagem, não possui nenhum caso de SD na família, A gestação foi desejada, tranqüila, o parto foi Cesára e não apresentou intercorrencias, mamou no peito, a passagem do peito para a mamadeira se deu de maneira normal sem dificuldades, se alimenta de Solido, liquido e Pastoso, sua relção com a família é boa, sendo que o mesmo não vocaliza bem e se mostra tímido, a queixa principal é a dificuldade de vocalização, marcha e equilíbrio.

Ao exame físico pode observar anteriorização pélvica, joelho valgo, pé plano, ombros assimétricos com o esquerdo mais elevado, abdução escapular direita, inclinação da cabeça a esuquerda, dedos em garra.

Quanto a evolução Psicomotora pode se observar que o mesmo engatinhou com 9 meses, e começou a andar com 1 e 9 meses, mais caia muito, aprendeu a andar na fisioterapia, quem ensinou a andar foi a fisioterapeuta e a mãe, quanto a evolução da coordenação e de movimentos finos. se deram com a ajuda da fisioterapia e mesmo assim a criança apresentou dificuldade.

Quando aplicada inicialmente a Bateria Psicomotora de Fonseca a mesma apresentou:

Quadro 3 – Aplicação da Bateria Psicomotora de Fonseca

Elementos avaliados	Pontuação Inicial	Pontuação Final
Noção Corporal	$2+2+3+1+1/5= 1.8$	$3+2+4+1+2/5= 2.4$
Lateralidade	2	3
Equilíbrio	$2+2+1/3= 1.6$	$4+4+3/3= 3.6$
Tônus	$4+3+3+2+1+1/6= 2.3$	$4+4+4+4+2+3/6= 3.8$
Praxia Global	$2+2+1/3= 1.6$	$4+3+2/3= 3$
Praxia Fina	$1+1+1/3=1$	$1+1+1/3=1$
Estrutura Espaço Temporal	$1+1+1+1+1/5= 1$	$2+1+1+2+1/5= 1.4$
Total	11.3	18.2

Fonte: Dados da Pesquisa

No primeiro momento foi quantificado um valor de 11.3 sendo considerado um perfil Dispráxico com ligeiras dificuldades de aprendizagem, após 6 meses de tratamento de Psicomotricidade a mesma criança apresentou um perfil de 18.2, sendo assim considerado um perfil Normal sem dificuldades de aprendizagem.

CASOS COM BPM NÃO APLICADO

Caso 4

P. H. B, sexo Masculino, 3 e 5 meses cor branca, natural da cidade de Campina Grande e morador da mesma, estudava mais saiu por motivos familiares, mais a mãe relata não ter observado nenhum tipo de dificuldade no mesmo em relação aos estudos, não apresenta nenhum caso de SD na família, sua gestação foi desejada e tranqüila, o parto foi Cesáreo sem intercorrências, mamou no peito e a passagem do peito para a mamadeira se deu de maneira normal, sem dificuldades, atualmete como sólido, líquido e pastoso. Sua relação com a família é boa ficando agitado, de inicio tímido e vai se soltando aos poucos, a queixa principal é quanto a dificuldade de falar e de atenção.

Ao exame físico pode se observar a presença de anteriorização de pelve, joelho valgo, genirecurvatum, tórax infundibiliforme, pé plano, assimetria de ombro, onde o direito é mais alto, escapula alada esquerda, apresentando características próprias da SD.

Quanto a evolução Psicomotora engatinhou com 8 meses, andou com 2 e 9 meses mais não caia muito, aprendeu a andar segurando na parede, quem ensinou a andar foi os familiares andando melhor com os mesmos. A evolução da coordenação e dos movimentos finos se deu com dificuldade pegando os objetos com as mãos abertas, apresentando medo de pegar realizar movimentos amplos como o de chutar bola e correr, o mesmo se mostra corajoso em relação a subir escadas e explorar novos ambientes e não se mostra inseguro.

Não foi possível aplicar a BPM, pois o mesmo teve que se retirar do projeto, pois durante a execução do mesmo ocorreram fortes chuvas o que levou ao bloqueio de algumas passagens pelas quais a mãe precisava percorrer para chegar até o local onde era desenvolvido o projeto.

Caso 5

J.G.S.F, Sexo masculino, 4 anos, de cor Branca, Natural de Campina Grande, nascido em 27/ 03/ 2007, morador da cidade de Ingá, estuda o maternal e apresenta déficit de atenção, não apresenta nenhum caso de SD na família, Sua gestação foi desejada mais não foi tranqüila, se mostrando conturbada decorrente de problemas com os pais, apresentou anemia durante a gestação, o parto foi normal apresentando intercorrecia durante o parto pois a criança não chorou após o nascimento e a mãe apresentou hemorragia, a mesma não mamou sendo necessária a mamadeira onde a mesma não conseguia segurar sozinha.

A relação da mesma com a família é normal se mostrando bem extrvertido, mais com a sociedade o mesmo se mostra tímido, apresentando como principal dificuldade a marcha e a fala, o mesmo ainda apresenta problema de tireóide. Quanto ao exame físico pode se observar base alargada e pé plano. A evolução Psicomotora, o mesmo não engatinhou, andando com 3 e 7 meses mais não caia muito, aprendeu a andar egurando a parede em direção a mãe, sendo a mesma que o ensinou a andar. A evolução de coordenação e dos movimentos finos se deu de maneira normal e dos grandes músculos se deu apenas apartir dos 4 anos pois antes a mesma realizava com dificuldade, hoje encontra se estabanado, agitado, não se mostra corajoso a explorar novos ambientes nem sobe escadas sozinhos.

Não foi possível a aplicação da BPM, pois a mãe começou a faltar e pediu pra se afastar, pois os horários do projeto estavam comprometendo a realização de suas atividades diárias.

Caso 6

D. S. C, sexo Masculino, 5 e6 meses, cor branca, natural de Campina Grande, nascido em 02/02/ 2006, residente da cidade de Campina Grande, estuda o jarim II e apresenta dificuldade de realização de atividades motoras e de aprendizagem, não possui nenhum caso de SD n família. A gravidez foi desejada, tranqüila, o parto foi normal e sem intercorrecias, mamou até 1 ano e rejeitou a mamadeira, come solido, liquido e pastoso, sua relação familiar é normal, sendo este extrovertido com os demais tenato do âmbito familiar quando social, tem como queixa principal o déficit de atenção e o déficit de coordenação motora.

Ao exame físico foi observado pé plano, tórax infundibiliforme, escapula alada, assimetria de ombros, onde o esquerdo é maior mais alto q o direito, apresentando as características próprias da SD. Quanto a evolução Psicomotora observou se que o mesmo engatinhou sentado com 1 ano, começou a andar 2 e 4 meses, mais caia muito, aprendeu andar com a mãe estimulando, e quem ensinou a andar foi a mãe a a fisioterapeuta, sendo que andava melhor com a mãe, quanto a evolução da coordenação e dos movimentos finos se deu de maneira dificultosa, se mostra estabonado, agitado e medroso a subir escadas e explorar novos ambientes.

Não foi possível a avaliação completa da BPM, pois a criança teve que ser retirada do projeto pois estava faltando muito a escola que era no mesmo horário das atividades do projeto.

5 CONCLUSÃO

Neste trabalho, constatou-se a relevância do tratamento de crianças com Síndrome de Down, através da psicomotricidade, que está relacionada ao processo de maturação onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas, sendo sustentados por três conhecimentos fundamentais o movimento, o intelecto e o afeto.

No início do tratamento as crianças que participaram do tratamento apresentavam um perfil psicomotor considerado Dispráxico de acordo com a bateria Psicomotora de Fonseca. Ao final do tratamento as crianças demonstraram uma melhora significativa, classificando-se como um perfil psicomotor normal.

Através da psicomotricidade as crianças mostraram mais à-vontades para o tratamento e contribuindo dessa forma para os ganhos motores, intelectuais e psicológicos. Pois a psicomotricidade em conjunto com o lúdico focalizam as crianças em suas potencialidades, em suas criatividades e em sua capacidade de interagir-se socialmente.

Portanto a psicomotricidade serve como ferramenta para todas as áreas de estudos voltados para a organização motora, social, afetiva e intelectual da criança, acreditando que a criança portadora de Síndrome de Down é um ser ativo capaz de se conhecer cada vez mais e de se adaptar as diferentes situações e ambientes.

Nossa expectativa com esse trabalho foi contribuir com informações a cerca da perspectiva de que a psicomotricidade favorece como um importante papel no processo de desenvolvimento de crianças com Síndrome de Down, tendo a intenção de contribuir com dados para ampliar o escopo de informações através novas formas de tratamentos para essas crianças.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. C. S. et al. **Interpretando o Desenvolvimento Psicomotor Através do Desempenho Escolar e da Avaliação Psicomotora (Bpm) de Vítor da Fonseca em Alunos do Ensino Fundamental.** Revista Científica das FAMATH. Rio de Janeiro, v. 3, p. 123-176, 2003. Disponível em: < <http://www.psicomotrialves.com/art04.pdf>>. Acessado em: 01 de jul de 2010.

ARAÚJO, A. G. S.; SCARTEZINI, C. M.; KREBS, R. J. **Análise da Marcha em crianças portadoras de Síndrome de Down e crianças normais com idade de 2 a 5 anos.** Revista Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v.20, n.3, p. 79-85, jun/ set. 2007.

ÀVILA, M.; RODRIGUES, M. E. R. **Desenvolvimento motor em crianças portadoras de síndrome de Down de 4 a 10 anos.** Revista Digital. Buenos Aires, v.13, n.124, set, 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd124/desenvolvimento-motor-em-criancas-portadoras-de-sindrome-de-down.htm>>. Acessado em: 28 junho 2010.

CORRÊA, F. I. ; SILVA, F. P.; GESUALDO. T. **Avaliação da imagem corporal em crianças portadoras da síndrome de Down e crianças sem comprometimento neurológico.** Revista Fisioterapia Brasil, v.6, n.1, p.19-23, jan/fev. 2005.

DA SILVA, R. D.; FERREIRA, S. J. **Intervenção na educação física em crianças com Síndrome de Down.** Revista de Educação física, v. 12, n. 1, p. 69-76, maio, 2001.

FAUSTO; ABBAS; KUMAR. **Patologia:** Bases Patológicas das Doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

FALKENBACH. P. A; RUSCHEL. F; MARÓSTICA. J. **O comportamento lúdico de crianças com portadoras de síndrome de Down: abordagem da psicomotricidade relacional.** Revista Estudo e Debate/UNIVATES, v. 9, n.1, p.5, 2002. Disponível em: www.puppin.net/ciepre/leituras/sindromedown.pdf. Acessado em: ago.2010.

FIGUEIRA, F. **Pediatria.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

HAASE, V. G.; LACERDA, S. S. **Neuroplasticidade:** variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. Temas em Psicologia da SBP, v. 12, n. 1, p. 28-42, 2004. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol12n1/art03_t.pdf>. Acessado em: 11 de julho 2010.

MERRIT. **Tratado de Neurologia.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PEREIRA, K.; ROCHA, N. A. C. F.; TUDELLA, E. **Perfil psicomotor de escolares:** quanto ao gênero, à idade gestacional e ao aspecto físico. Revista Fisioterapia em movimento. Curitiba, v.21, n.1, p. 47-55, jan/mar, 2008.

Portal da Síndrome de Down. Disponível em: <http://www.portalsindromededown.com/oqueesd.php>. Acessado em: 03 de julho de 2010.

RAMOS, A. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Atlas, 2009.

RUBIN, et al. **Patologia**: Bases Clinicopatológicas da Medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SANTOS, A.; V. O desenvolvimento psicomotor normal da criança. Revista Fisiobrasil, v. 11, n. 81, p.15-20, jan/fev, 2007.

SILVA, M. F. M. C.; KLEINHANS, A. C. S. Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. **Rev. Bras.Esp**, v.12, n. 1, p. 123-138, jan/abr, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v12n1/31988.pdf>>. Acessado em : 11 de julho 2010.

TRECKLIN, S. J. **Fisioterapia Pediátrica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRIBASTONE, F. **Tratado de exercícios corretivos**: Aplicados a reeducação motora postural. São Paulo: Manole, 2001.

WOWG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**: Elementos Essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ANEXO/ APÊNDICE

ANEXO A - Anamnese

ANAMNESE

Numeração: _____

Sexo: _____ idade: _____ Raça: _____

Naturalidade: _____ Nascimento: __/__/_____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Telefone residencial: _____

Estuda? Se sim que serie, apresenta alguma dificuldade no estudo? :

Antecedentes familiares:

Como foi a gestação?

Foi desejada Sim () Não()

Foi tranqüila Sim () Não()

Foi conturbada Sim () Não() _____

Como foi o parto?

Normal ()

Cesárea ()

Intercorrências: Sim () Não() Qual? _____

Mamou no peito? Sim () Não()

Como foi a passagem do peito para a mamadeira?

Hábitos alimentares:

Mama ()

Apenas Líquido ()

Pastoso ()

Líquido + pastoso ()

Sólido + Líquido + Pastoso ()

Relação familiar e social:

Queixa principal?

HDA (Historia da doença atual):

Exame físico:

Exame postural:

Características físicas:

EVOLUÇÃO PSICOMOTORA

Engatinhou () Sim () Não _____ Quantos meses? _____

Com que idade andou? _____

Caía muito () Sim () Não

Como aprendeu andar? _____

Quem ensinou a andar? _____

Com quem andava melhor? _____

Como evoluiu a coordenação dos movimentos finos (segurar um brinquedo, uma colher, rabisco que fazia) _____

E dos grandes músculos (chutar uma bola, correr) _____

Hoje

È estabonado (a)? Sim () Não() Agitado? Sim () Não()

Anda de patins? Sim () Não() Anda de bicicleta sem rodinha Sim() Não()

Anda de cavalo? Sim () Não() Sobe em árvore? Sim () Não()

Mostrava-se corajoso (a) ao subir uma escada? Sim () Não ()

Era corajoso ao explorar, engatinhar, um novo espaço? Sim () Não ()

Era inseguro (a)? Sim () Não ()

Bateria Psicomotora

Avaliação	Tonicidade	Lateralidade	Noção Corporal	Praxia Global	Praxia Fina	Obs:
1avaliação						
2avaliação						
3avaliação						
4avaliação						
5avaliação						
6avaliação						

APÊNDICE A – Atividades Propostas

NOÇÃO CORPORAL:

Conhecimento intuitivo imediato que a criança com o seu próprio corpo, gerando suas possibilidades de atuação sobre as partes do seu corpo, sobre o mundo exterior e sobre os objetos que a cercam.

Exercício 1: Reconhecendo as partes essenciais do corpo : O profissional diz os nomes das seguintes partes do corpo: cabeça peito, barriga, braços, pernas, pés, explorando uma parte de cada vez. A criança mostra em si mesma a parte mencionada pelo profissional, respeitando o nome que designa, primeiramente o trabalho deve ser realizado de olhos abertos, e a seguir de olhos fechados. Olhos Abertos: Aprendizado, olhos fechados: Quando dominar as partes do corpo.

Exercício 2: A criança deverá reconhecer também as parte do rosto: nariz, olhos, boca, queixo, sobrancelhas, cílios, trabalhar também com os dedos com as mãos apoiadas sobre a mesa a criança deverá apresentar o pulso, o dedo maior, e o dedo menor, os nomes dos dedos são ensinados a criança pedindo que ela levante um a um dizendo os respectivos nomes dos dedos.

Exercício 3: Trabalhar com os olhos- em pé ou sentada a criança acompanha com os olhos sem mexer a cabeça, a trajetória de um objeto que se desloca no espaço.

Exercício 4: Sentir os rins, coração, pulmão- Deitada com as pernas estendidas e as mãos sobre os órgão de acordo com o que for solicitado pelo terapeuta, a criança dobra os joelhos e encosta-os no peito.

Exercício 5: Automatizando :a noção de direita e esquerda conhecendo a direita e a esquerda do próprio corpo mostra a criança qual é a sua mão direita e qual é a sua mão esquerda. Dominando neste conceito, realizar o exercícios em etapas como: fechar com força a mão direita; depois a esquerda; levantar o braço direito, depois o esquerdo; bater o pé esquerdo, depois o direito; mostrar o olho direito, depois mostrar o esquerdo, mostrar a orelha direita, depois a esquerda, levantar a perna esquerda e depois a direita. Trabalhar com os olhos abertos e depois com os olhos fechados.

ENGATINHAR:

A criança irá passar por um túnel feito com bambolês, moldes de casinhas com portas baixas e obstáculos que exijam a criança engatinhar sobre o estômago de modo cruzado e quatro apoios.

ROLAR

Realizado sobre colchonetes coloridos em diversas larguras e tamanhos.

ANDAR COM APOIO PASSANDO PARA ANDAR SEM APOIO

Realizado através de apoio seja com andadores e objetos de apoio segurando nas mãos do terapeuta, em seguida passar a caminhar sem apoio e posteriormente caminhar de olhos abertos, nas pontas dos pés, caminhar como um anão e como um gigante, caminhar atravessando obstáculos.

ANDAR COM OBSTÁCULOS

A marcha será realizada com obstáculos de diversos tamanhos, formas, cores, incluindo bambolês, jump, estepe, entre outros.

ANDAR EM LINHA RETA

Serão traçadas várias linhas onde a criança tem que andar em linha reta, andar sobre as pegadas, andar em diferentes planos como: rampas, decidas, subidas.

DISSOCIAÇÃO PÉLVICA

Realizada através da dança, com a ajuda e auxílio do terapeuta a criança irá trabalhar a dissociação de cintura escapular e pélvica.

TREINO DE EQUILIBRIO

Andar sobre colchões coloridos bem fofos, andar com base diminuída, equilibrar-se sobre prancha proprioceptiva com auxílio do terapeuta, equilibrar-se sobre o jump

TREINO DE EQUILIBRIO COM BOLA SUIÇA

A criança sobre a bola treina-se a proteção de quedas e equilíbrio para frente, para os lados e para trás.

ANDAR SOBRE COLCHÕES COM OBSTÁCULOS.

Andar sobre os colchões de várias espessuras, em linha reta, de lado, passando por obstáculos.

TRABALHO DE COORDENAÇÃO.

Trabalhar coordenação com auxílio de copos descartáveis de plástico, bolas de ping e pong, bambolês, acertar a bola na sexta, sentar-se no chão como alguns índios, com pernas e braços cruzados, engatinhar bem rápido, correr imitando animais, correr segurando uma bola, arremessar bolas para um colega.

LATERALIDADE

Colocar fitas vermelhas no pulso e tornozelo do lado direito e realizar exercícios que peçam movimentos como: erguer a mão direita, abaixar a mão esquerda, erguer o braço direito e abaixar o esquerdo, erguer o braço direito e abaixar a mão esquerda, erguer o braço esquerdo e abaixar o direito. Colocar a mão sobre os contornos (tintas) e dar um tapa no papel com a mão pedida seja ela direita ou a esquerda, desenhar ou colocar os pés sobre contornos e colocando sobre a cartolina direito sobre o direito e esquerdo sobre o esquerdo.

FREIO INIBITÓRIO

Realizar atividades com músicas e pausas (brincadeiras de estátua).

FREIO INIBITÓRIO E COORDENÇÃO:

Através da dança usar pausas para trabalhar coordenação, lateralidade (direita e esquerda), e socialização entre o grupo.

METRICIDADE AMPLA:

Pintar grandes desenhos, carregar, chacoalhar, balançar, levantar, empurrar, puxar, equilibrar (habilidades que envolvam contato), bater, chutar, arremessar, rebater, pegar e pendurar. Caminhar livremente sem esbarrar nos colegas, saltar só com o pé direito, depois só com o pé esquerdo, com movimentação acelerada e lentamente. Saltar obstáculos, ora piscando em todos, ora saltando um, saltando dois, etc. Saltar desviando de obstáculos; Saltar para dentro de um arco e depois para fora dele; Saltar no mesmo lugar, com os pés juntos: para frente, para trás, para um dos lados, para o outro; Saltar uma corda balançando: com os pés juntos, alternando um pé e outro, correr livremente movimentando todo o corpo correr acompanhando o ritmo das palmas, correr chutando um objeto, correr com um colega (lado a lado, ou atrás dele), fazer um trenzinho, correr transportando um recipiente plástico cheio de água sem derrubar o líquido.

MOTRICIDADE FINA:

CUIDADO DAS MÃOS: Trabalhando só com os braços – Este exercício tem como objetivo desenvolver a independência segmentar do braço em relação ao tronco, o que beneficia, e facilita o trabalho da mão no ato de escrever. Deverá reproduzir em tamanho grande no quadro de giz ou programa-los em cartões. As crianças por sua vez, deverão reproduzi-los com gestos executados no ar.

AMASSANDO A MASSA: Fazendo Bolas de Maça, distribuir bolas de maça de tamanhos variados (usar massa para modelar) sentada, com o cotovelo apoiado, a mão para o alto, a criança aperta as bolas de maça com força, amassando-as. Orientar a criança para que trabalhe com dois dedos por vez. Trabalhar primeiro com uma das mãos, depois com a outra e, finalmente, com as duas juntas., faendo as bolas de massa (Realizar o mesmo trabalho do exercício anterior, neste caso a massa é apresentada em forma de disco, com a qual a criança deverá fazer uma bola).

REPRODUZINDO RITIMOS COM AS MÃOS.

O terapeuta executa um determinado ritmo, seguindo algumas estruturas ritmicas, por exemplo, batendo a mão sobre a carteira, durante certo tempo, a criança apenas escuta, depois reproduz o ritmo executado pelo terapeuta, batendo a mão também, variar o ritmo. Lento, normal e rápido. Fazer o exercício primeiramente com os olhos abertos e depois com os olhos fechados.

MODELAR

Modelar em massas e argila e formas circulares, esféricas, achatadas (como tomates), ovais, cônicas (como cenouras), cilíndricas, quadrangulares (como tijolo), etc.

PINTAR

Pintar áreas delimitadas por formas geométricas partes de desenhos de objetos.

DOBRAR

Dobrar folhas de papel ao meio, na altura das linhas pontilhadas (horizontais e verticais) marcadas na folha, dobrar guardanapos de papel e de pano em retas perpendiculares e diagonais em relação as bordas, dobrar papel e montar figuras (cachorro, chapéu, sapo, flor, etc).

OUTRAS ATIVIDADES DE MOTRICIDADE FINA.

Modelar com massa de barro, grampear com grampeador, folhear livros e revistas (folha por folha), brincar com iô-iô, rasgar papel livremente utilizando de inicio papeis que não ofereçam muita resistência ao serem rasgados, rasgar papel em pedaços grandes, em tiras e em pedaços pequenos, recortar com tesouras, colar (colar recortes em folha de papel, livremente, colar em uma área delimitada, colar recortes sobre uma linha vertical, colar recortes sobre uma linha horizontal, colar sobre uma linha diagonal).

TÔNUS MUSCULAR

MMII; chutar bola de assopro, passar para chutar bolas leves e em seguida chutar bola de futebol (bolas mais pesadas).

MMSS; jogar a bola de assopro para cima e o colega tem que pegar, em seguida passa para a bola leve e depois para a bola de futebol.

OBS; A mudança é realizada após uma semana de atividades quando a criança está em condição de progressão.

TREINO DE MARCHA E SUBIR DEGRAUS.

Treino de marcha com vários tipos de degraus e texturas.

TREINO DE MARCHA, SUBIR DEGRAUS E OBSTÁCULOS.

Treinar marcha lateral, para frente, vencendo obstáculos como degraus com e sem corrimão e barreiras (de espumas).

CIRCUITO GLOBAL

Inclui treino de marcha, equilíbrio, coordenação, motricidade ampla e fina, noção corporal lateralidade, equilíbrio, esta atividade será realizada em ambiente aberto (parque). Andar pela sala explorando o ambiente e os objetos, inicialmente com olhos abertos e depois de olhos fechados, montar quebra-cabeças. Jogar amarelinha, responder onde está o céu, o teto, o chão, a lâmpada, com palavras como: em cima, atrás, etc. Andar pela sala e pelo pátio seguindo a direção indicada por setas pintadas no chão.