

PERCEPÇÃO DE PAIS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS SOBRE O BRINCAR DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL¹

PARENTS' AND OCCUPATIONAL THERAPISTS' PERCEPTIONS ABOUT THE PLAYING OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

Camila Miranda Almeida da SILVA²
Tathiane Tescarolli CUNHA³
Luzia Iara PFEIFER⁴
Solange Aparecida TEDESCO⁵
Maria Madalena Moraes SANT'ANNA⁶

RESUMO: crianças com paralisia cerebral (PC) apresentam déficit motor e podem ter poucas vivências sensorio-motoras, o que interfere em sua principal atividade: o brincar. O objetivo deste estudo foi identificar a percepção de pais e de terapeutas ocupacionais sobre o comportamento lúdico de crianças com PC. O estudo foi desenvolvido com 25 crianças com PC utilizando os instrumentos Entrevista Inicial com os Pais e a Avaliação do Comportamento Lúdico das crianças destinados a terapeutas ocupacionais. Os resultados apontaram um índice de concordância que variou de 8% a 93% quanto ao interesse geral da criança pelas outras pessoas; 88% a 100% na categoria interesse geral da criança pelo ambiente sensorial, de 84 a 96% na categoria interesses e capacidades lúdicas; e, de 68% a 100% na categoria características da atitude lúdica. Os instrumentos utilizados foram capazes de identificar o comportamento lúdico de crianças com PC e podem auxiliar na delimitação de objetivos e plano terapêutico com abordagem centrada no cliente. Com este estudo verificou-se que as crianças com PC, independentemente de sua gravidade motora, demonstram atitude, ação e interesse pelo brincar, condizendo com a proposta da abordagem do Modelo Lúdico.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Especial. Jogos e Brinquedos. Paralisia Cerebral. Avaliação.

ABSTRACT: Children with cerebral palsy (CP) present motor disability and may have fewer sensorimotor experiences, which may interfere in their main activity: playing. The purpose of this study was to identify the perceptions of parents and occupational therapists on the ludic behavior of children with CP. The study was carried out with 25 children with CP using Initial Interview with Parents and Assessment of Ludic Behavior aimed at occupational therapists. Results indicated an agreement rate ranging from 8% to 93%; regarding the child's General Interest to Other People; from 88% to 100% for Child's General Interest for the Sensorial Environment; from 84% to 96% in the category Ludic Interests and Skills; and from 68% to 100% in the category Characteristics of the Ludic Attitude. The instruments used were capable of identifying the children's ludic behavior and may help define the objectives and treatment plan with a patient-centered approach. This study showed that children with CP, regardless of their motor severity, demonstrate attitude, action and interest in playing, consistently to the Ludic Model.

KEYWORDS: Special Education. Play Therapy. Cerebral Palsy. Assessment.

¹ <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382216000200006>

² Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal do Paraná. Pós-Graduação em Terapia Ocupacional – Visão Dinâmica em Neurologia pela FAMESP, SP, Brasil. camila.almeida_to@yahoo.com.br

³ Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal de São Carlos. Pós-Graduação Lato Sensu em Terapia Ocupacional – Visão Dinâmica em Neurologia pela FAMESP, SP, Brasil. tathesca@yahoo.com.br

⁴ Docente do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. luziara@fmrp.usp.br

⁵ Docente do Centro Universitário São Camilo e Terapeuta Ocupacional do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP-EPM. São Paulo, SP, Brasil. sotedesco@uol.com.br

⁶ Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, coordenadora pedagógica da Pós-Graduação Lato Sensu Terapia ocupacional: uma visão dinâmica em neurologia. Paraná, PR, Brasil. madasantanna2@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O brincar é uma forma de expressão e criatividade, que favorece o desenvolvimento da integração sensorial, das habilidades físicas, cognitivas e do desenvolvimento interpessoal; fornece à criança um domínio sobre o seu próprio corpo e sobre o ambiente e, além disso, é um meio para a construção da identidade da criança e para a aprendizagem de comportamentos competentes em variadas áreas de desempenho ocupacional (CRUZ; PFEIFER, 2006; MARTINI, 2010).

Estudos na área da psicologia evidenciam o brincar na infância e destacam a importância da atividade lúdica para o desenvolvimento psíquico do indivíduo. Entre estes autores, Winnicott (1975), em sua teoria sobre o brincar, apresenta os estágios fundamentais para a maturidade do desenvolvimento emocional, condição básica para o exercício da saúde e da autonomia. A partir daí, torna-se fundamental proporcionar uma intervenção que garanta a realização dessa atividade para as crianças, quando elas não conseguem vivenciá-las.

Sabe-se que a principal característica da paralisia cerebral (PC) é o déficit motor, entretanto essas desordens motoras são frequentemente acompanhadas por alterações da sensação, da cognição, da comunicação, da percepção e/ou do comportamento, e/ou por crises convulsivas (BALADI; CASTRO; MORAIS FILHO, 2007; ROSENBAUM et al., 2007; CAZEIRO, 2008). Estas alterações podem representar um curso particular no desenvolvimento e crianças com PC podem apresentar pouca vivência de experiências sensório-motoras, restrição na exploração e manipulação dos objetos, o que pode levar a uma limitação da vivência nas brincadeiras em seu cotidiano (BRASIL, 2013; CRUZ; PFEIFER, 2006; GIANNI, 2003).

O ato de brincar deve ser facilitado e garantido para a criança com desordens motoras, buscando oferecer oportunidades de participação em brincadeiras, facilitar o contato com outras crianças e objetos, possibilitar a exploração e exteriorização de os seus sentimentos, favorecendo, assim, seu desenvolvimento e seu crescimento (FERLAND, 2006).

O brincar resulta da interação dinâmica de três elementos: o interesse, a ação e a atitude lúdica da criança. Assim, conhecer a percepção dos pais sobre o comportamento lúdico da criança em casa é uma forma de garantir e conscientizar a importância do brincar em seu cotidiano (FERLAND, 2006; SANT'ANNA; BLASCOVI-ASSIS; MAGALHÃES, 2008; SANT'ANNA, 2015).

Componentes motores, cognitivos, sensoriais, emocionais e fatores externos são capazes de interferir no desenvolvimento do brincar, podendo ser tanto facilitadores como barreiras. No caso de crianças com PC, esses componentes podem representar barreiras que impedem que elas consigam apresentar um interesse, uma atitude e uma ação lúdica. Por exemplo, em um ambiente social que não promova espaço ou tempo para o brincar e/ou quando não se dá a devida importância para a brincadeira e esta é vista como uma banalidade, há um aumento da restrição de vivência, não somente pela incapacidade física da criança, mas também pela ausência de oportunidade (FERLAND, 1997; SANTOS; PACCIULIO; PFEIFER, 2010).

O brincar é uma das atividades focadas na clínica infantil da terapia ocupacional, é constituinte e inerente ao processo de desenvolvimento da criança e permeia todo seu cotidiano, tanto por meio de seus hábitos e rotinas como do valor simbólico e cultural que constitui essa atividade. No processo terapêutico na terapia ocupacional, por meio de um campo de relações e ações, promove-se a experiência para a construção de significados a partir daquilo que

é saudável, fazendo com que a capacidade e o prazer de agir sejam desenvolvidos, apesar das limitações das crianças (PELLEGRINI, 2008).

O interesse, a ação e a atitude lúdica fazem parte do quadro conceitual do Modelo Lúdico, que busca intervir para que a criança com deficiência alcance sua capacidade de agir, através de atividades, construindo possibilidades para atingir sua autonomia e bem-estar na vida, propondo garantir o espaço de vivências de modo a permitir que a criança brinque a partir de suas próprias possibilidades (FERLAND, 2009; SANT'ANNA; BLASCOVI-ASSIS; MAGALHÃES, 2008, 2015; SANT'ANNA, 2015).

Apoiado no quadro conceitual do Modelo Lúdico, Ferland (2006) propõe dois instrumentos para avaliar o comportamento lúdico da criança com deficiência: a Entrevista Inicial com os Pais, a partir de informações de como é estruturado o cotidiano da criança e quais as características de suas brincadeiras, e a Avaliação do Comportamento Lúdico, realizada por meio da observação do brincar livre da criança, assim como em situações criadas e sugeridas, se necessário. A idade de avaliação como um critério para aplicação desses instrumentos, são crianças em idade pré-escolar (FERLAND, 2006; SANT'ANNA; BLASCOVI-ASSIS; MAGALHÃES, 2008, 2015; SANT'ANNA, 2015).

A Entrevista Inicial com os Pais possibilita conhecer o comportamento lúdico da criança em casa, por meio do relato dos pais ou responsável, verificando a percepção deles acerca do brincar de seus filhos em relação a interesses; maneira como a criança se comunica e como eles se comunicam com ela; do que ela gosta e do que não gosta; como brinca; quais os brinquedos que são conhecidos por ela; se a criança brinca com amigos, parentes ou com os próprios pais; quais brincadeiras a criança gosta de brincar com esses parceiros e quais as suas preferências nas brincadeiras (FERLAND, 2009; SANT'ANNA et al. 2008, 2015; SANT'ANNA, 2015).

A Avaliação do Comportamento Lúdico propõe compreender a criança por meio do seu comportamento de brincar. Por meio da observação, permite verificar a percepção do terapeuta acerca do brincar da criança: seus interesses em geral, suas capacidades, sua atitude lúdica, suas características pessoais e sua maneira de expressar sentimentos e necessidades. Descreve o aspecto qualitativo e individualizado de cinco domínios do comportamento lúdico: interesse geral pelo ambiente humano e sensorial; interesse pelo brincar; capacidades lúdicas para utilizar os objetos e os espaços; atitude lúdica; comunicação de suas necessidades e sentimentos. Os escores são atribuídos em cada item dos diferentes domínios, complementados com comentários ao lado de cada item (FERLAND, 2009; SANT'ANNA; BLASCOVI-ASSIS; MAGALHÃES, 2008, 2015).

Por meio dos instrumentos descritos, busca-se conhecer, tanto na percepção dos pais quanto na do terapeuta, se a atividade de brincar faz parte da vida da criança e como ela brinca. O objetivo não está ligado às dificuldades devido à deficiência, mas sim a seus interesses e capacidades, em sua globalidade, em uma perspectiva positiva (FERLAND, 2006). Também possibilita a experiência do brincar para criança com paralisia cerebral, que tem seu cotidiano envolvido em terapias e cuidados clínicos, pois o valor e a importância dessa atividade fogem da percepção de seus pais, que muitas vezes não conseguem encontrar um espaço e uma forma em que a brincadeira possa ser considerada e garantida como uma atividade realizada com um fim em si mesma (FERLAND, 2009; TAKATORI, 2012).

Constatando a importância do brincar no cotidiano da criança e a necessidade do envolvimento dos pais nessa atividade, esta pesquisa se propõe a identificar e comparar a percepção dos pais e dos terapeutas ocupacionais de crianças com paralisia cerebral sobre o comportamento lúdico dessas crianças durante as brincadeiras em seu cotidiano.

2 MÉTODO

O estudo, de caráter descritivo, foi realizado a partir dos dados coletados por cinco terapeutas ocupacionais do setor de terapia ocupacional infantil da Associação de Assistência a Criança Deficiente (AACD), SP, para o processo de adaptação transcultural e validação do Manual da Versão Brasileira Adaptada dos Instrumentos de Avaliação do Modelo Lúdico (SANT'ANNA et al., 2015), submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa sob Parecer 448.444.

Participantes: vinte e cinco crianças, com idade entre 1 ano e 6 anos e 11 meses, com diagnóstico de paralisia cerebral de diferentes tipos topográficos e graus motores classificados pelo GMFCS (PALISANO et al., 1997, 2008; HIRATUKA; MATSUKURA; PFEIFER, 2010; SILVA; PFEIFER; FUNAYAMA, 2010, 2013) descritos no Quadro 1, e seus respectivos pais ou responsáveis. Esta foi uma amostra de conveniência atendendo como critério de inclusão crianças na faixa etária acima descrita que frequentavam a instituição, com diagnóstico de paralisia cerebral, cujos pais aceitassem participar.

Participantes	Sinais clínicos	Topografia	Idade	GMFCS	Cuidador
P1	Espástico	Bilateral – diparético	4 anos	III	Mãe
P2	Espástico	Bilateral – diparético	3 anos	IV	Mãe
P3	Espástico	Bilateral – diparético	3 anos	IV	Mãe
P4	Espástico	Bilateral - tetraparético	2 anos	V	Mãe
P5	Espástico	Bilateral – diparético	5 anos	II	Mãe
P6	Espástico	Bilateral – diparético	3 anos	III	Mãe
P7	Espástico	Bilateral – diparético	3 anos	IV	Mãe
P8	Espástico	Bilateral – diparético	6 anos	II	Mãe
P9	Espástico	Unilateral direita	2 anos	I	Mãe
P10	Espástico	Bilateral – diparético	6 anos	III	Mãe
P11	Discinético		3 anos	I	Pai
P12	Espástico	Unilateral direita	4 anos	I	Mãe
P13	Espástico	Bilateral – diparético	3 anos	II	Mãe
P14	Discinético		5 anos	IV	Mãe
P15	Discinético		5 anos	IV	Mãe
P16	Discinético		3 anos	V	Mãe
P17	Espástico	Bilateral – tetraparético	3 anos	IV	Avó
P18	Espástico	Bilateral – diparético	4 anos	IV	Mãe
P19	Espástico	Bilateral – diparético	3 anos	IV	Mãe
P20	Espástico	Bilateral – diparético	1 ano	IV	Mãe
P21	Espástico	Unilateral esquerda	4 anos	I	Mãe
P22	Espástico	Bilateral – diparético	5 anos	III	Avó
P23	Espástico	Bilateral – diparético	6 anos	IV	Mãe
P24	Discinético		3 anos	IV	Mãe
P25	Espástico	Bilateral - diparético	5 anos	IV	Mãe

Quadro 1 – Caracterização da população estudada

Fonte: elaboração própria.

Instrumentos: Entrevista Inicial com os Pais e Avaliação do Comportamento Lúdico. Ambos os instrumentos passaram pelo processo de adaptação transcultural e validação para utilização junto à população brasileira (SANT'ANNA; BLASCOVI-ASSIS; MAGALHÃES, 2008, 2015; SANT'ANNA, 2015). As Terapeutas Ocupacionais que realizaram a coleta de dados aplicando os dois instrumentos de avaliação (EIP e ACL) receberam treinamento por meio de formações ofertadas na instituição, iniciadas em 2010, a partir da leitura livre de cada item descrito nos procedimentos apresentados na obra de Ferland (2006). Em seguida foram realizadas, como teste-piloto, três avaliações em crianças com quadro de paralisia cerebral com GMFCS III e IV, no setor de terapia ocupacional infantil da AACD, a partir da escolha dos brinquedos livremente pelas crianças. Quando necessário, a terapeuta propunha as brincadeiras que contemplassem os domínios a serem avaliados e que não tinham sido contemplados nas brincadeiras propostas pelas crianças.

Procedimentos: os pais ou responsáveis foram convidados a participar da pesquisa, sendo esclarecidos e, após o aceite, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para verificar a percepção dos pais acerca do brincar da criança, foi aplicada a EIP e, para verificar a percepção dos terapeutas, foi utilizada a Avaliação do Comportamento Lúdico (ACL). Inicialmente o terapeuta ocupacional entrevistou os pais/responsáveis preenchendo a EIP e, em seguida, avaliou a criança cujo procedimento foi filmado, para posterior pontuação do ACL, garantindo a fidedignidade do processo. Todos os terapeutas envolvidos no processo de coleta de dados utilizaram o mesmo procedimento de aplicação, sendo que cada dupla de participantes (pais/cuidadores e criança) foi avaliado uma única vez por um único terapeuta.

As filmagens foram realizadas em duas salas disponibilizadas pela instituição (sala de estimulação precoce e sala com recursos de integração sensorial). Em ambas havia, disponíveis e acessíveis às crianças, todos os materiais necessários para a avaliação e, portanto, a pontuação dos itens da ACL. Estes materiais foram pré-selecionados pelas terapeutas e utilizados em todas as avaliações.

Análise: as informações coletadas por meio da EIP foram comparadas, quanto à frequência de concordância, com os dados coletados pela ACL por meio de quatro categorias, as quais correspondem aos domínios das escalas, e os respectivos comportamentos, conforme apresentado no Quadro 2, a seguir:

Categorias	Comportamentos
Interesse geral da criança pelas outras pessoas	Interesse pela presença de adultos
	Interesse pela presença de crianças
Interesse geral da criança pelo ambiente sensorial	Interesse por elementos vestibulares
	Interesse por elementos visuais e olfativos
	Interesse por elementos táteis
	Interesse por elementos auditivos
Interesses e capacidades lúdicas básicas	Deslocar-se no espaço
	Explorar visualmente um novo lugar
	Utilizar objetos de maneira convencional
	Utilizar objetos de maneira não convencional
	Imaginar uma situação de brincadeira
	Explorar fisicamente um novo lugar
Características da atitude lúdica	Curiosidade e prazer
	Gosto pelo desafio
	Iniciativa
	Senso de humor
	Espontaneidade

Quadro 2 - Descrição das categorias de análise

Fonte: elaboração própria.

3 RESULTADOS

Referentes aos participantes, 80% das crianças eram espásticas e o restante discinéticas, sendo que das espásticas 85% eram bilaterais (75% diparéticas e 10% tetraparéticas) e 15 % eram unilaterais (10% hemiparéticas direita e 5% hemiparéticas esquerda). Quanto ao grau motor, classificado pelo GMFCS, a maioria era do grau IV (48%), seguido do grau I e III (16%), do grau II (12%) e do grau V (10%). Quanto aos cuidadores participantes, 90% eram de mães, 0,25% de pais e 0,75% de avó.

A percepção do comportamento lúdico da criança, relatada pelo cuidador e comparado com o comportamento observado pelo terapeuta, é apresentada na Tabela 1, obedecendo às categorias e aos comportamentos de análises e, em seguida, destacados os casos discordantes.

Tabela 1 - Porcentagem de concordância entre cuidadores e terapeutas em cada categoria/comportamento

Categorias	Comportamentos	Porcentagem de Concordância
Interesse geral da criança pelas outras pessoas	Interesse pela presença de adultos	93%
	Interesse pela presença de crianças	8%
Interesse geral da criança pelo ambiente sensorial	Interesse por elementos vestibulares	100%
	Interesse por elementos visuais e olfativos	96%
	Interesse por elementos táteis	88%
Interesses e capacidades lúdicas básicas	Interesse por elementos auditivos	88%
	Deslocar-se no espaço	88%
	Explorar visualmente um novo lugar	96%
	Utilizar objetos de maneira convencional	93%
Características da atitude lúdica	Utilizar objetos de maneira não convencional	84%
	Imaginar uma situação de brincadeira	96%
	Explorar fisicamente um novo lugar	93%
	Curiosidade e prazer	100%
	Gosto pelo desafio	68%
	Iniciativa	93%
	Senso de humor	88%
	Espontaneidade	84%

Fonte: elaboração própria.

Na primeira categoria, *Interesse geral da criança pelas outras pessoas*, relacionada ao comportamento *Interesse por adultos*, houve alta concordância entre os relatos dos pais e a observação dos terapeutas, exceto em dois casos (P5 e P20), em que a família relatou o não interesse da criança pela presença de um adulto, entretanto durante a ACL foi observado seu interesse pelo terapeuta avaliador.

Nesse mesmo domínio, mas em relação ao comportamento *Interesse pela presença de outras crianças*, houve concordância na resposta entre terapeutas e pais em dois casos (P19 e P21). Os demais não foram pontuados pelos terapeutas, pois durante a avaliação não foi possível observar a interação com as outras crianças. Assim, apesar de o índice de concordância ser baixo, não significa que houve alta discordância entre pais e terapeutas e sim que não foi possível comparar o resultado de todas as crianças, já que mais de 90% das crianças não foram avaliadas pelos terapeutas neste item, devido à estrutura da instituição.

Em relação à segunda categoria, *Interesse geral da criança pelo ambiente sensorial*, dentre os 25 casos avaliados, a concordância entre pais e terapeutas foi de 100% no comportamento *Elementos vestibulares*. Nos demais comportamentos analisados, somente em um caso (P5) não houve concordância nos quesitos *Elementos visuais e olfativos*, sendo estes não observados na ACL pelo terapeuta, contudo os pais relataram que a criança apresenta tal interesse. O mesmo ocorre no comportamento *Elementos táteis*, em que o terapeuta não observou o interesse em três casos (P1, P16 e P17) apesar de os cuidadores terem relatado tais comportamentos. No comportamento *Elementos auditivos*, houve discordância em três casos (P11, P17 e P22), sendo

que em um deles (P22) os pais relataram que a criança não apresenta interesse, porém este foi observado na avaliação do terapeuta.

Quanto à terceira categoria, *Interesses e capacidades lúdicas básicas*, em relação ao comportamento *Deslocar-se no espaço*, em três casos (P3, P16 e P20) os pais referiram observar esse interesse na criança, entretanto tal fato não foi observado pelo terapeuta na ACL. No comportamento *Explorar visualmente um novo lugar*, apenas um caso (P16) não foi observado pelo terapeuta, porém a família relata esse interesse.

Nesta mesma categoria, no comportamento *Utilizar os objetos de maneira convencional*, houve discordância em dois casos (P4 e P16). Em um deles (P4), o terapeuta observou esse interesse e no outro (P16), foi a família quem relatou. No comportamento *Utilizar os objetos de maneira não convencional*, a não concordância foi evidenciada em quatro casos (P3, P8, P10 e P14), sendo que em três deles (P8, P10 e P14) a família não relata tal comportamento, porém a terapeuta o observou durante a ACL. No comportamento *Imaginar uma situação de brincadeira*, terapeutas e pais discordaram em três casos (P4, P8 e P10). Nesses os terapeutas observaram este comportamento apesar de os pais não o terem relatado.

Ainda nesse domínio, mas referente ao comportamento *Explorar fisicamente um novo lugar*, houve divergência em dois casos (P3 e P20), em que o terapeuta não observou o interesse, contudo os pais referem observá-lo em seu cotidiano.

Quanto ao quarto domínio, *Características da atitude lúdica*, pais e terapeutas concordaram plenamente nos comportamentos *curiosidade e prazer*. O comportamento *Gosto pelo desafio* foi o mais discrepante e a diferença da pontuação foi evidenciada em oito casos (P2, P3, P4, P16, P17, P19, P20, P25). Dentre estes, em três casos (P17, P19 e P20), esse comportamento não foi relatado pelos pais, porém observado pelos terapeutas. No comportamento *Iniciativa*, o terapeuta não observou em dois casos (P3 e P16), apesar do relato dos pais. No comportamento *Senso de humor*, a discordância ocorreu em três casos (P3, P16 e P18), sendo que destes, em dois casos (P3 e P16) o terapeuta não observou tal atitude apesar de a família ter relatado o comportamento. No comportamento *Espontaneidade*, houve discordância em quatro casos (P3, P4, P16 e P25); o terapeuta não observou tal atitude em três casos (P3, P4 e P16) apesar do relato dos pais; já no caso P25, a família relatou a não existência de tal comportamento, apesar de ter sido observado pelo terapeuta.

4 DISCUSSÃO

Segundo o Modelo Lúdico proposto por Ferland (2006), os dois protocolos (EIP e ACL) são complementares e trazem informações do brincar da criança em contextos distintos (ambiente doméstico e ambiente terapêutico), sendo importante verificar se há divergência entre estes dois ambientes.

Na categoria *Interesse geral da criança por outras pessoas*, não foi possível correlacionar as respostas dadas pelos pais com as dos terapeutas, em relação ao comportamento *interesse por outra criança*, em 23 dos casos. Tal fato se deu pela rotina institucional, a qual não permite incluir outra criança no *setting* terapêutico, uma vez que a sala onde foi realizada a avaliação restringe o contato com outras crianças. Este fato é frequente nas instituições e, por isto, torna-

-se importante o complemento destas duas avaliações. Outro fator limitante para a observação da criança no *hall* de espera foi o tempo escasso para a filmagem da ACL. Nos dois casos (P19 e P21) em que foi observada a interação com outras crianças, foi por ocasião da presença de irmãos. Estes geralmente são os principais parceiros de brincadeira, o que enriquece as observações, pois sugere-se que a criança avaliada se sente mais segura e ambientada, podendo, assim, ser mais espontânea em sua atitude lúdica. Ferland (2009) observa que a relação entre irmãos favorece o aumento da autoestima e também estimula novas descobertas e conhecimentos.

Na categoria *Interesse geral da criança pelo ambiente sensorial*, a discordância foi evidenciada em todos os comportamentos, exceto em *Elementos vestibulares*. A diferença nas pontuações pode estar relacionada aos tipos de brinquedos disponíveis durante a avaliação e/ou ao interesse da criança naquele momento por outro estímulo mais atrativo. Ferland (2006) ressalta a importância da disponibilidade e da variabilidade de materiais durante a aplicação da ACL; além disso, diz ser fundamental a atitude do avaliador em oferecer esses materiais para a criança.

Na categoria *Interesses e capacidades lúdicas básicas*, no comportamento *Deslocar-se*, a divergência entre terapeutas e pais pode estar relacionada ao ambiente no qual a criança está inserida, já que os pais relataram que a criança apresenta tal comportamento, o que não foi observado pelo terapeuta. Cruz e Pfeifer (2006) observam que crianças com PC apresentam possibilidades mais restritas de exploração do meio, o que corrobora as ocorrências descritas, visto que estes casos referem-se a duas crianças classificadas pelo GMFCS nível IV (P3 e P20) e um grau V (P16). Sendo assim, é essencial que o terapeuta atue como um facilitador, dando a oportunidade dessas vivências à criança. Quanto ao relato dos pais, isso pode ser decorrente da intensa convivência com a criança, o que possibilita uma gama maior de oportunidades de observação.

Na mesma direção, Santos et al. (2011) complementam que crianças com paralisia cerebral com gravidade do quadro clínico sofrem influência no seu desempenho motor e apresentam maiores dificuldades nas ações relativas ao brincar devido às limitações na movimentação voluntária ou na mobilidade; assim, essas crianças podem ter poucas oportunidades para explorar o mundo ao seu redor. No comportamento *Explorar visualmente um novo lugar*, apenas em um caso (P16), criança grau V, esse comportamento não foi observado pelo terapeuta, porém a família relata esse interesse e, no comportamento de utilização do espaço (*Explorar fisicamente um novo lugar*), houve diferença nas respostas entre pais e terapeutas nos casos P3 e P20, ambos classificados como grau IV do GMFCS, o que corrobora os autores citados.

Em relação à utilização dos objetos, os três comportamentos avaliados (*Utilização dos objetos de maneira convencional*, *Utilização dos objetos de maneira não convencional* e *Imaginar uma situação de brincadeira*) apresentaram discordâncias. Essa diferença pode ter se dado pela não clareza dos conceitos pelos pais, pois, mesmo com a apresentação de exemplos pelos terapeutas avaliadores, notou-se dificuldade dos pais no entendimento do que estava sendo perguntado. Outra justificativa possível é que o terapeuta ocupacional, em sua formação, estuda as diversas funções do brincar e seus efeitos em diferentes aspectos do desenvolvimento da criança, conseguindo observar com maior clareza os componentes dessa brincadeira, conforme estudo de Ferland (2006).

Na categoria *Características da atitude lúdica*, houve concordância entre pais e terapeutas nos comportamentos *Curiosidade e prazer*, o que reafirma a proposta da abordagem do Modelo Lúdico, que tem como essência o brincar espontâneo da criança, favorecendo que ela escolha o brinquedo que prefere e dite o ritmo da brincadeira (FERLAND, 2006).

O comportamento que apresentou maior divergência foi o *Gosto pelo desafio*, em que, em alguns casos, o terapeuta observou tal comportamento apesar de não ter sido relatado pelos pais. Tal fato pode ser justificado pelas diferentes oportunidades e facilidades que o terapeuta proporciona durante a avaliação, permitindo, assim, que a criança vivencie novas experiências e desafios. Em contrapartida, o contrário também ocorreu, fato que pode ser decorrente da possível insegurança da criança frente ao terapeuta e ao ambiente desconhecidos. Segundo Winnicott (1975), para que o brincar ocorra, é preciso que a criança se sinta segura, por isso é fundamental estabelecer uma relação de confiança com a criança para que o verdadeiro brincar se instale.

A divergência de respostas nos comportamentos *Iniciativa, Senso de humor e Espontaneidade* também pode ser justificada por uma possível insegurança da criança ou pelo limitado tempo da avaliação, que não permitiu à criança demonstrar tais características durante a brincadeira.

É importante destacar que as divergências identificadas entre pais e terapeutas não invalidam a aplicação dos dois instrumentos (EIP e ACL), visto que ambos são complementares. Os pais interagem com as crianças em diferentes ambientes e situações, enquanto os profissionais de saúde geralmente avaliam crianças em um ambiente padronizado, o que pode diferenciar o desempenho delas em relação ao ambiente familiar (SILVA; PFEIFER; FUNAYAMA, 2013). Esses mesmos autores destacam ainda que os profissionais de saúde devem reconhecer os pais como especialistas na identificação das necessidades e habilidades das crianças e como fundamentais para a definição dos objetivos terapêuticos, por meio de uma abordagem centrada no cliente.

5 CONCLUSÕES

O estudo demonstrou que os instrumentos Avaliação do Comportamento Lúdico (ACL) e a Entrevista Inicial com os Pais (EIP) são capazes de identificar o comportamento lúdico de crianças com paralisia cerebral. Esses instrumentos se complementam, sendo importante a realização da EIP anterior à ACL para anteceder algumas ações/situações do terapeuta ocupacional e obter um melhor resultado na avaliação. Além disso, possibilitam visualizar com maior clareza os interesses e as capacidades lúdicas da criança avaliada, permitindo, assim, traçar metas funcionais e delinear o plano terapêutico. Dessa forma, neste estudo foi evidenciado que as crianças analisadas, independentemente de sua gravidade motora, demonstraram atitude, ação e interesse pelo brincar, corroborando o conceito do Modelo Lúdico.

Conclui-se também a importância de mais estudos nesta área, utilizando esses instrumentos para consolidar a eficiência dessa abordagem na intervenção de crianças com limitações físicas, favorecendo o desempenho ocupacional do brincar.

REFERÊNCIAS

- BALADI, A.B.P.C.; CASTRO, N.M.D; MORAIS FILHO, M.C. Medicina e reabilitação: princípios e prática. In: FERNANDES, A.C. et al. (Org.). *Paralisia cerebral*. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p.16-33. cap. 2.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- CAZEIRO, A.P.M. *Formação de conceitos por crianças com paralisia cerebral: um estudo exploratório sobre as influências das brincadeiras*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde.../cazeiro_corrigida.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2014.
- CRUZ, D.M.C.; PFEIFER, L.I. Revisão sobre o brincar de crianças com paralisia cerebral nas três últimas décadas. *Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral*, São Paulo, v.2, n.5, p.7-10, 2006. Disponível em: <<http://memnon.com.br/memnon/?wpsc-product=abc-2011-51118-25>>. Acesso em: 19 jul. 2014.
- FERLAND, F. *Além da deficiência física ou intelectual: um filho a ser descoberto*. Londrina: Lazer & Sport, 2009.
- FERLAND, F. *O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional*. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006.
- FERLAND, F. *Play, children with physical disabilities and occupational therapy: the ludic model*. Ottawa: University of Ottawa Press, 1997.
- GIANNI, M.A. Terapia ocupacional na reabilitação física. In: TEIXEIRA, E. et al. (Org.). *Paralisia cerebral*. São Paulo: Roca, 2003. cap. 7.
- HIRATUKA, E.; MATSUKURA, T.S.; PFEIFER, L.I. Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de classificação da função motora grossa - GMFCS. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v.14, n.6, p.537-544, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-355201000600013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2014.
- MARTINI, G. O brincar na clínica da terapia ocupacional com crianças com deficiência física: relato de um caso. *Revista CETO*, São Paulo, v.12, n.12, p.27-31, 2010. Disponível em: <<http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-05.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2014.
- PALISANO, R.J. et al. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine and Child Neurology*, [S.l.], v.50, p.744-750, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x/pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- PALISANO, R.J. et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, [S.l.], v.39, p.214-223, 1997. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x/pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- PELLEGRINI, A.C. Brincar é atividade? *Revista CETO*, São Paulo, v.11, n.11, p.41-46, 2008.
- ROSENBAUM, P. et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, [S.l.], v.49, n.2, p.8-14, 2007.
- SANTOS, C.A.; PACCIULIO, A.M.; PFEIFER, L.I. Influência do contexto familiar no brincar simbólico de crianças com paralisia cerebral. *Revista do Nufem*, São Paulo, v.1, n.2, 2010.

SANTOS, T.R. et al. Avaliação do comportamento lúdico de crianças com paralisia cerebral. *Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral*, São Paulo, v.5, n.11, p.18-25, 2011. Disponível em: <<http://memnon.com.br/memnon/?wpsc-product=abc-2011-51118-2>>.5 Acesso em: 15 jul. 2014.

SANT'ANNA, M.M.M. *Instrumentos de avaliação do modelo lúdico para crianças com deficiência física (EIP-ACL): manual da versão adaptada*. São Carlos: M&M Editora; Marília: ABPEE, 2015. Disponível em: <www.leptoi.fmrp.usp.br>. Acesso em: 25 nov. 2015.

SANT'ANNA, M.M.M.; BLASCOVI-ASSIS, S.M.; MAGALHÃES, L.C. Adaptação transcultural dos protocolos de avaliação do modelo lúdico. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v.19, n.1, p.34-47, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14026/15844>>. Acesso em: 19 jul. 2014.

SANT'ANNA, M.M.M.; BLASCOVI-ASSIS, S.M.; MAGALHÃES, L.C. Modelo lúdico: favorecendo o brincar da criança com deficiência física. *Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, Marília, v.16, n.1, 2015. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/sobama/article/view/4965/3549>>. Acesso em: 1 maio 2015.

SILVA, D.B.R.; PFEIFER, L.I; FUNAYAMA, C.A.R. *Sistema de classificação da função motora grossa: ampliado e revisto*. Hamilton. 2010. Disponível em: <http://motorgrowth.canchild.ca/en/GMFCS/resources/PORTUGUESE_corrigido-FINALMay12.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2013.

SILVA, D.B.R.; PFEIFER, L.I; FUNAYAMA, C.A.R. Gross motor function classification system expanded & revised (GMFCS E & R): reliability between therapists and parents in Brazil. *Braz J Phys Ther.*, v.17, n.5, p.458-463, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v17n5/1413-3555-rbfis-17-05-0458.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

TAKATORI, M. *O brincar na terapia ocupacional: um enfoque na criança com lesões neurológicas*. São Paulo: Zagodoni, 2012.

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

Recebido em: 25/02/2015

Reformulado em: 10/12/2015

Aprovado em: 04/04/2016