

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
FUNDAÇÃO FACULDADE ESTADUAL DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS
E LETRAS DE PARANAGUÁ

ESTUDO DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS PSICOMOTORES PRIMÁRIOS EM
36 CRIANÇAS, DE AMBOS OS SEXOS, PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA
MENTAL MODERADA, DA ESCOLA MUNICIPAL EVA TEREZA A. CAVANI ,
ENSINO ESPECIAL DE PARANAGUÁ, PARANÁ

APARECIDA YAYOI SATO
MARIA AMELIA VOI FERNANDES
NADJA MARLY P. DA P. SILVA PINHO

PARANAGUÁ - 1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
FUNDAÇÃO FACULDADE ESTADUAL DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS
E LETRAS DE PARANAGUÁ

ESTUDO DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS PSICOMOTORES PRIMÁRIOS EM
36 CRIANÇAS, DE AMBOS OS SEXOS, PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA
MENTAL MODERADA, DA ESCOLA MUNICIPAL EVA TEREZA A. CAVANI,
ENSINO ESPECIAL DE PARANAGUÁ, PARANÁ

Monografia apresentada ao Curso de
Pós-Graduação - Especialização em
Educação Especial, área de Defici-
ência Mental da Universidade Fede-
ral do Paraná, para obtenção do
Título de Especialista.

Nossos agradecimentos:

*À Direção, corpo técnico-administrativo e docente da Escola Municipal, Professora **Eva T. A. Cavani** - Ensino Especial de Paranaguá, Paraná.*

*Aos **pais** e às **crianças** da Instituição , objetivos maiores de nossa pesquisa , por todas as crianças brasileiras.*

*Ao Professor **JÖHANN G.G. MELCHERTS HURTADO**, da Universidade Federal do Paraná, Mestre em Educação e especialista nas áreas de Educação Psicomotora, Saúde, Psicologia, Educação Física e Fisiologia do Exercício, orientador desta pesquisa.*

A concretização de nosso trabalho, tornou-se possível, graças à sua inestimável ajuda, experiência, incentivo e dedicação constante.

SUMÁRIO

RESUMO	I
I - INTRODUÇÃO	
1 JUSTIFICATIVA	04
1.1 QUESTIONAMENTOS E PRESUPOSTOS TEÓRICOS	05
2 OBJETIVOS DA PESQUISA	06
3 PROBLEMA DA PESQUISA, DELIMITAÇÕES E HIPÓTESE DE TRABA- BALHO	07
4 METODOLOGIA	09
4.1 Ficha de levantamento estatístico de informa- ções, sob aplicação de Testes Normativos na população pesquisada, por equipe multidiscipli- nar especializada (Ficha nº 1)	09
4.2 Ficha de levantamento estatístico de informa- ções sociais, econômicas e das causas da Defi- ciência Mental, da população pesquisada (Ficha nº 2).	12
4.3 QUADROS, GRÁFICOS SETORIAIS e HISTOGRAMAS.	12
4.4 O TESTE DIAGNÓSTICO PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS	15
4.4.1 Origens do Teste.	15
4.4.2 Objetivos do Teste.	16
4.4.3 Apresentação do Teste	17
4.4.4 Normas de Aplicação	18
4.4.5 Materiais e Procedimentos Metodológicos	18
4.4.6 Avaliação do Teste.	20
4.4.7 Anexos do Teste	25
II - DESENVOLVIMENTO	
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	45
1.1 CONCEITOS BÁSICOS.	45
1.1.1 Educação.	45
1.1.2 Educação Especial	46

1.1.3	Excepcional	47
1.1.4	Deficiência Mental.	48
1.1.5	Deficiência Mental Moderada	48
1.2	CONSIDERAÇÕES GERAIS	49
1.2.1	A Educação Especial	49
1.2.2	O Indivíduo Excepcional	51
1.2.3	A Deficiência Mental.	54
1.2.4	O Deficiente Mental Moderado	59
2	OPERACIONALIZAÇÃO E RESULTADOS DA PESQUISA.	64
2.1	RESULTADOS DA FICHA DE LEVANTAMENTOS ESTATÍSTICOS DE INFORMAÇÕES SOB APLICAÇÃO DE TESTES NORMATIVOS NA POPULAÇÃO PESQUISADA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA - FICHA Nº 1 .	64
2.2	RESULTADOS DA FICHA DE LEVANTAMENTOS ESTATÍSTICOS DAS INFORMAÇÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS E DAS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MENTAL, DA POPULAÇÃO PESQUISADA - FICHA Nº 2.	72
2.3	RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS NA POPULAÇÃO PESQUISADA	85
3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA.	105
 III - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES		
1	CONCLUSÕES.	123
2	RECOMENDAÇÕES	125
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126
	GLOSSÁRIO	129
	ANEXOS.	138

RESUMO

O estudo diagnóstico dos distúrbios primários em 36 crianças, de ambos os sexos, portadores de Deficiência Mental Moderada da Escola Municipal Prof. Eva T. A. Cavani de Paranaguá, Paraná, visa verificar se esta clientela, submetida à avaliação por equipe especializada multidisciplinar, através de Testes Normativos, apresentam subsídios básicos suficientes na área psicomotora e psicossocial que permitam uma avaliação diagnóstica primária efetiva para efeitos de classificação, encaminhamento e distribuição em classes de Educação Especial. Por outro lado, a pesquisa visa também validar o Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, como instrumento adequado para avaliar as potencialidades das crianças deficientes mentais moderadas.

As hipóteses de trabalho levantadas nesta pesquisa experimental de campo, são as seguintes:

Hipótese 1. *"Alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, submetidos a Testes Normativos por equipes multidisciplinar especializada, não apresentam subsídios básicos suficientes na área Psicomotora, que permitam uma avaliação diagnóstica primária efetiva de suas potencialidades, para classificação, encaminhamento e distribuição em classes de escola especial do sistema público de ensino".*

Hipótese 2. *"Alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, submetidos ao Teste Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, apresentam informações objetivas que subsidiam a aplicação de Testes Normativos, programas de Reeducação por objetivos e por áreas de trabalho, próprias de professores e de equipe multidisciplinar especializada, atuantes na área".*

Hipótese 3. *"Se o Teste Psicomotor de J. MELCHERTS for válido para crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada, também o será para crianças com Deficiência Mental Educável".*

Os procedimentos metodológicos utilizados, obedeceram a 3 Etapas: Etapa 1 - estudo teórico-prático da pesquisa (revisão bibliográfica, delimitações, pressupostos teóricos, objetivos, hipóteses, elaboração e escolha dos instrumentos de pesquisa, neste caso, o Teste Psicomotor de J. MELCHERTS e montagem das fichas e questionários da amostra); Etapa 2 - Aplicação dos instrumentos da pesquisa (Treinamento de Campo, Aplicação das fichas nº 1 e 2 e do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS na população-alvo); Etapa 3 - Fundamentação, Avaliação e Conclusão da pesquisa (Fundamentação teórica, avaliação cibernética e interpretação dos resultados, estudo comparativo e validação das hipóteses da pesquisa, conclusões e recomendações).

As conclusões, após validações dos instrumentos da pesquisa confirmam amplamente as três hipóteses, pressupostos teóricos e questionamentos, pois conforme resultados estatísticos:

1. Apenas 50% dos alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, são submetidos a Testes Normativos por equipe multiprofissional Especializada e estes, não apresentam subsídios básicos suficientes que permitam uma avaliação diagnóstica primária efetiva das potencialidades psicomotoras dessas crianças para efeitos de classificação, encaminhamento e distribuição em classes de escola especial, do sistema particular e estadual de ensino.

2. A aplicação do Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, demonstra ser um instrumento efetivo para subsidiar a aplicação de Testes Normativos, para triagem e classificação de crianças deficientes mentais moderadas, porque é um Teste que apresenta informações objetivas por áreas de distúrbios psicomotores, subsidiando professores e equipes multiprofissionais especializados, em programas de reeducação por objetivos e por áreas de trabalho.

3. O Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, é um instrumento de diagnóstico, válido tanto para crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada, quanto para crianças com Deficiência Mental Educável, porque 100% da população-alvo pesquisada, foram capazes de responder os 209 itens ou quesitos do Teste solicitados pelo testador, demonstrando clara compatibilidade entre sua deficiência e quociente de inteligência, classificatória da doença.

4. Na aplicação de Testes Normativos em crianças Deficientes Mentais Moderadas, as áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, avaliadas, apresentam índices de abstenção da ordem de, em média 97%, 55,5% e 52%, respectivamente.

5. As causas da Deficiência Mental Moderada na população pesquisada, demonstra que 47,20% são de origem desconhecida, 25% pelo Síndrome de Down e os 27,80% restantes, correspondem a índices decrescentes proporcionais que acusam como causas, a prematuridade, meningite, traumas, epilepsia e incompatibilidade sanguínea dos pais entrevistados.

6. Tanto o tratamento especializado, como o encaminhamento a escolas ou instituições similares, é tardio e perigoso para os padrões clínicos recomendados para atendimento de Deficientes Mentais Moderados, dados que os resultados acusam uma média de 44% e 78% das crianças entre 4 e 9 anos de idade, que dão início ao tratamento e encaminhamento específico, respectivamente.

7. A Deficiência Mental Moderada apresenta incidência maior na classe social baixa, pois 39% dos entrevistados vivem com um salário mínimo, e 41%, com 2 a 5 salários mínimos.

8. A Deficiência mental Moderada, apresenta a maior incidência em pais com idades entre 31-40 anos de idade, com 34,72% e, acima de 41 anos com 11,17% dos entrevistados.

RECOMENDAÇÕES PARA ESTE TRABALHO:

- A - Aumento do universo da pesquisa;
- B - Divulgação dos resultados da pesquisa, perante a comunidade científica especializada; e
- C - Apresentação e difusão das vantagens que apresenta à aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, em crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada e similares, perante órgãos de educação especial de nível estadual e nacional, respectivamente.

I - INTRODUÇÃO

O Estudo diagnóstico dos distúrbios psicomotores primários em 36 crianças, de ambos os sexos, portadores de Deficiência Mental moderada da Escola Municipal Prof. Eva Tereza Amarante Cavani de Paranaguá, Paraná, visa validar o Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, após aplicação, bem como estabelecer a utilidade do instrumento acima citado, como subsídio básico para triagens primárias, elaboração de programas de reeducação por áreas de deficiência, em crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada.

1 JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema, deu-se em primeiro lugar, à evidência de interesse desta equipe de trabalho, atuante na área, e pelos inúmeros problemas que afetam a população deficiente, em geral. Dentre os problemas mais notórios, temos a falta de triagens específicas por equipes especializadas e por instrumental técnico adequado, no instante em que a criança inicia um processo formal de atendimento. Num segundo momento, a sugestão explícita de nosso orientador, quanto ao valor e relevância de uma pesquisa Experimental de Campo, que avaliasse primariamente as potencialidades físicas e psico-sociais de nossa população-alvo, entre outras, nos abriria maiores perspectivas para os deficientes mentais em geral, pelas contribuições futuras ao Sistema de Educação Especial, notadamente, no ato da triagem, classificação e ensalamento de deficientes mentais moderados, em Escola Especializada.

Por outro lado, estudos preliminares atestam que na área de Testagem e/ou Avaliações primárias Globais, pouca ou quase nenhuma evidência experimental é conhecida ou relatada a nível na-

cional, em bibliografias especializadas, que permitam a obtenção de subsídios esclarecedores para o diagnóstico psicomotor e social de crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada.

Assim sendo, o propósito desta pesquisa experimental de campo será estudar, levantar, avaliar e comparar dados clínicos, especificamente, psicomotoras de crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada, que influem diretamente no processo de triagem, encaminhamento, tratamento de áreas prioritárias e processos de reeducação e/ou educação especial.

Nossa população-alvo de 36 crianças, de ambos os sexos, e com idades entre 08 e 17 anos, portadoras de Deficiência Mental Moderada, sem outros comprometimentos, os quais serão submetidos à aplicação do Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, (1987).

A avaliação do Teste permitirá a coleta de 7.524 informações precisas, do total de crianças testadas, nas áreas: reflexas primárias; de comportamentos; de pré-locomoção e variações de locomoção; movimentos motores associados; habilidades motoras com e sem objetos; qualidade de atenção e de cognição; linguagem e disfunções da fala; qualidades sócio-emocionais e funções perceptivas básicas, entre outras.

A validação do Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, permitirá a comparação dos dados coletados com as triagens específicas, já realizadas, bem como levará a equipe de pesquisa ao estabelecimento dos seguintes questionamentos e pressupostos teóricos, decorrentes da aplicação do instrumento, acima proposto:

1.1 QUESTIONAMENTOS E PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

1. Alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, sem outros comprometimentos, submetidos à avaliação por equipe especializada multidisciplinar através de Testes normativos para a classificação, encaminhamento e distribuição, oferecem subsídios básicos suficientes na área Psicomotora e Psico-social que permitam uma avaliação diagnóstica primária efetiva de suas potencialidades?

2. Alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, submetidos ao Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, apresentam resul -

tados que permitem informações primárias objetivas em áreas psicomotoras, de cognição, de linguagem e psico-sociais em geral;

3. As informações fornecidas como resultados da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS em crianças portadoras de deficiências Mentais Moderadas, subsidiam à aplicação de testes normativos por equipe especializada multidisciplinar para efeito de avaliação, classificação, encaminhamento e distribuição desses deficientes em classes da escola especializada do sistema particular, municipal e estadual de ensino;

4. Os resultados por áreas de aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, em crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada, são subsídios básicos para o estabelecimento de uma programação auxiliar de reeducação por objetivos;

5. Os resultados por áreas de aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, em crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada, são subsídios básicos para um trabalho de reeducação das potencialidades físicas, mentais e sociais dos deficientes avaliados, por parte do professor especializado, professor de Educação Física e equipe multidisciplinar especializada;

6. Se o Teste Psicomotor de J. MELCHERTS é aplicável em crianças Deficientes Mentais Moderadas, com maior probabilidade, será aplicável em crianças Deficientes Mentais Educáveis.

Estes questionamentos e pressupostos teóricos, utilizados ao longo deste trabalho, delimitaram nosso estudo em objetivos a curto, médio e longo prazo, conforme etapas metodológicas da pesquisa, e projeção dos resultados finais da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, em nossa população-alvo.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

São objetivos da seguinte pesquisa:

2.1 Avaliar as potencialidades físicas, mentais e sociais de 36 crianças, de ambos os sexos, alunos da Escola Municipal Professora Eva T. A. Cavani, de Paranaguá, portadores de Deficiência Mental Moderada, através da aplicação do Teste Psicomotor de J. MEL-

CHERTS;

2.2 Validar o Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MEL - CHERTS em 36 crianças da Escola Municipal Professora Eva T. A. Cavani, de Paranaguá, portadores de Deficiência Mental Moderada, sem outros comprometimentos;

2.3 Analisar explicações do valor, dos resultados da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, em 36 crianças, portadoras de Deficiência Mental Moderada para efeitos de classificação, encaminhamento e distribuição em classes de escola especial;

2.4 Estabelecer a importância dos resultados da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, desta pesquisa, como instrumento de subsídio para:

- a) triagens primárias de alunos(as), portadores de Deficiência Mental Moderada;
- b) elaboração de um programa de Reeducação por objetivos; e
- c) elaboração de um programa por área, das potencialidades físicas, mentais e sociais do aluno desta pesquisa, que auxilie diretamente o especialista, atuante na área.

3 PROBLEMA DA PESQUISA, DELIMITAÇÕES E HIPÓTESES DE TRABALHO

3.1 PROBLEMA DA PESQUISA E DELIMITAÇÕES

Como problema estrutural de nossa pesquisa, levantamos a seguinte indagação:

É possível obter subsídios de diagnóstico, de programas de reeducação por objetivos, por áreas de trabalhos e outros, na aplicação de Testes normativos por equipe especializada multidisciplinar, em crianças portadores de Deficiência Mental Moderada, para efeitos de classificação, encaminhamento e distribuição em classes de escola especial do sistema particular, municipal e estadual de ensino?

O problema estrutural, acima proposto, será avaliado experimentalmente, através da aplicação do Teste Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, em 36 crianças, entre 08 e 17 anos, de ambos os

sexos, portadoras de Deficiência Mental Moderada, alunos da Escola Municipal Eva T. A. Cavani, de Paranaguá, Paraná.

Afora dos elementos delimitadores desta pesquisa experimental de campo, também serão parte fundamental, os seguintes conceitos básicos: educação, educação especial, excepcional, deficiência mental e deficiência mental moderada. Suas conceituações, implicações, características, classificações e outros termos correlatos serão abordados amplamente na fundamentação teórica desta pesquisa.

3.2 HIPÓTESE DE TRABALHO

Nesta pesquisa experimental de campo, são hipóteses da trabalho, as seguintes:

Hipótese 1. *"Alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, submetidos a Testes Normativos por equipe multidisciplinar especializada, não apresentam subsídios básicos suficientes na área Psicomotora, que permitam uma avaliação diagnóstica primária efetiva de suas potencialidades, para classificação, encaminhamento e distribuição em classes de escola especial do sistema público de ensino".*

Hipótese 2. *" Alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, submetidos ao Teste Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, apresentam informações objetivas que subsidiam a aplicação de Testes Normativos, programas de reeducação por objetivos e por áreas de trabalho, próprias de professores e de equipe multidisciplinar especializada, 'atuantes na área' ".*

Hipótese 3. *" Se o Teste Psicomotor de J. MELCHERTS for válido para crianças portadores de Deficiência Mental Moderada, também o será para crianças com Deficiência Mental Educável".*

4 METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa experimental de campo, obedeceram as seguintes etapas:

Etapa 1 - Estudo teórico prático da pesquisa.

Estudo e revisão bibliográfica sobre a Educação Especial e Deficiência Mental; escolha do tema e do tipo de pesquisa; delimitação da pesquisa; estabelecimento dos pressupostos teóricos, objetivos e hipóteses de trabalho; escolha e elaboração dos instrumentos estatísticos da pesquisa, neste caso, o Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS e montagem das fichas e questionários de levantamentos específicos da amostra.

Etapa 2 - Aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Treinamento de campo para caracterização da população-alvo conforme propósitos e metodologia experimental da pesquisa; levantamento estatístico dos Testes Normativos aplicados pela equipe multidisciplinar, no ato da triagem primária dos Deficientes Mentais Moderados; aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, na população-alvo.

Etapa 3 - Fundamentação, Avaliação e Conclusão da pesquisa.

Fundamentação Teórica; avaliação cibernética dos resultados coletados; análise e interpretação estatística dos resultados; estudo comparativo e validação das hipóteses da pesquisa; conclusões e recomendações.

Para operacionalização desta pesquisa experimental de campo, serão utilizados os seguintes instrumentos:

4.1 Ficha de levantamento estatístico de informações, sob aplicação de Testes Normativos na população pesquisada, por equipe multidisciplinar, especializada (Ficha nº 01).

Esta Ficha nº 01, é dirigida aos especialistas que participam do processo de triagem, encaminhamento e classificação de crianças Deficientes Mentais Moderadas, em classes de ensino especial, através de Testes Normativos.

Sua aplicação, obedeceu a técnica da entrevista, onde cada área técnica de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia,

Assistência Social e Fonoaudiologia (estas são as áreas técnicas, presentes na Escola Eva T. A. Cavani), foram entrevistados, para saber se ao fazer as triagens de Testes Normativos em nossa população-alvo (36 crianças D.M.); os especialistas as haviam encaminhado conforme as legendas abaixo discriminadas, constantes na Ficha nº 01:

SL - Sem Laudo

LCT - Laudo com Teste

LST - Laudo sem Teste

LCE - Laudo com Entrevista

A avaliação da Ficha nº 01, é feita pela tabulação matemática das legendas, e os resultados serão apresentados em percentagens matemáticas e instrumental estatístico apropriado (histogramas e gráficos setoriais.)

FICHA DE LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE INFORMAÇÕES, SOB APLICAÇÃO DE TESTES NORMATIVOS NA POPULAÇÃO PESQUISADA, POR EQUIPE MULTIPROFISIONAL, ESPECIALIZADO. FICHA Nº 01.

ESCOLA:.....

CIDADE:.....ESTADO:.....ANO:.....

Nº	NOME DO ALUNO	IDADE	A.SOCIAL	FISIOT.	FONOAUD.	PSIC.	T.O.
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							

OBSERVAÇÃO: Favor preencher de acordo com a Legenda

SL - Sem Laudo
LCT - Laudo com Teste
LST - Laudo sem Teste
LCE - Laudo com Entrevista

Data: ____/____/____ Preenchido por:

4.2 Ficha de levantamento estatístico de informações sociais, econômicas e das causas da deficiência mental, da população pesquisada (Ficha nº 02).

A Ficha nº 02, é dirigida aos pais das crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada, para através do sistema da técnica da Entrevista, levantar 08 itens sob a nossa população-alvo da pesquisa. A formulação dos itens da ficha, obedecem ao sistema de perguntas de escala aberta e fechada, em questionário próprio.

Os itens pesquisados são: idade, sexo, causa principal da Deficiência Mental, idade em que foi detectada a Deficiência Mental na criança, idade em que deu início ao tratamento especializado, idade em que foi encaminhada à escola, renda familiar, estado civil dos pais, idade dos pais quando a criança nasceu e com quem a criança reside.

Junto à Ficha nº 02, acompanha uma Tabela de Códigos numéricos das causas principais da Deficiência Mental, que serve para numerar, classificar e tabular as 37 causas prováveis da Deficiência Mental.

O sistema de avaliação da Ficha nº 02, segue as mesmas características da Ficha nº 01, ou seja, tabulação matemática dos resultados por questionário, e apresentação final dos mesmos através de gráficos setoriais e histogramas próprios.

4.3 QUADROS, GRÁFICOS SETORIAIS e HISTOGRAMAS

Estes instrumentos estatísticos de avaliação, serão os elementos básicos utilizados para apresentação dos resultados da pesquisa experimental de campo.

FICHA DE LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DAS INFORMAÇÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS E DAS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MENTAL, DA POPULAÇÃO PESQUISADA.
FICHA Nº 02.

ESCOLA:.....

NOME DO ALUNO:.....

DATA DE NASC:..... IDADE:..... SEXO: F () M ()

I - Causa principal da Deficiência Mental (Usar código da Tabela, anexo)

II - Idade em que foi detectada a Deficiência Mental na criança:

- () Durante a gravidez () 5 a 6 anos
() 0 a 2 anos () 7 a 8 anos
() 3 a 4 anos () de 9 anos em diante

III - Idade em que deu início à tratamento especializado:

- () 0 a 2 anos () 7 a 8 anos
() 3 a 4 anos () de 9 anos em diante
() 5 a 6 anos

IV - Idade em que foi encaminhada à escola ou instituição especializada:

- () 0 a 2 anos () 7 ou 8 anos
() 3 a 4 anos () de 9 anos em diante
() 5 a 6 anos

V - Renda familiar:

- () menos que 1 salário mínimo
() 1 salário mínimo
() 2 a 3 salários mínimos
() 4 a 5 salários mínimos
() 6 a 7 salários mínimos
() 8 ou mais salários mínimos

VI - Estado civil dos pais:

- () solteiros () separados
() casados () divorciados
() viúvos () outros
Especificar:.....

VII - Idade dos pais, quando a criança nasceu:

- () menos de 15 anos
() de 16 a 20 anos
() de 21 a 25 anos
() de 26 a 30 anos
() de 31 a 40 anos
() mais de 41 anos

VIII - Com quem a criança reside:

- () com os pais
() com o pai
() com a mãe
() com a avó
() com outros Especificar:.....

Entrevistador

Data: ____/____/____

Anexo da ficha 02

TABELA DE CÓDIGOS NUMÉRICOS DAS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MENTAL

01 - Toxoplasmose	20 - Distúrbios Progressivos
02 - Rubéola	21 - Intoxicação por Chumbo
03 - Drogas	22 - Tensões emocionais
04 - Radiações	23 - Desnutrição
05 - Síndrome de Down	24 - Hipertensão crônica
06 - Síndrome de Turner	25 - Diabete crônica
07 - Síndrome de Klinefelter	26 - Prob. Renais crônicos
08 - Síndrome de Edward	27 - Epilepsia
09 - Síndrome de Patau	28 - Albinismo
10 - Síndrome Cri-Du-Chat	29 - Doenças venéreas
11 - Microcefalia	30 - Incomp. sanguínea ABO-RH
12 - Síndrome de Hurler	31 - Alcoolismo
13 - Fenilcetonúria	32 - Complicações no trabalho de parto
14 - Galactosenia	33 - Ambiente pobre em estimulação
15 - Prematuridade	34 - Causas desconhecidas (após exame clínico)
16 - Sarampo	35 - Os pais desconhecem a causa
17 - Meningite	36 - Hipotireoidismo
18 - Encefalite	37 - Hidrocefalia
19 - Traumas	

4.4 O TESTE DIAGNÓSTICO PSICOMOTOR PRIMÁRIO DE J. MELCHERTS

Por ser o elemento básico de nossa pesquisa, já que este instrumento diagnóstico será validada em toda sua extensão, ele será analisado tomando em conta: as origens do teste, os objetivos do teste, normas de aplicação, materiais e procedimentos metodológicos, avaliação dos testes e anexos.

4.4.1 Origens do Teste

O Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS , nasceu em Califórnia, USA(1984), a partir de um estudo de caso de uma criança portadora de Leucemia Linfoblástica Aguda e outras, que precisavam desenvolver um programa de adaptação educativo-física, no Centro de Reabilitação de Los Angeles (ERAS CENTER), local onde o autor estagiava em convênio com a Universidade de Califórnia (UCLA), como parte de seus estudos de doutorado.

Seu orientador, o destacado professor e pesquisador Dr. Bryant J. Cratty (UCLA-USA), autor de inúmeros livros na área de Desenvolvimento Motor, Educação Física para crianças deficientes, e temas correlatos, na ocasião, forneceu-lhe plena liberdade para elaboração de um programa educativo-físico, com base psicomotora, para crianças sob a responsabilidade profissional do orientando.

Na procura de subsídios básicos para elaboração de um programa por objetivos, J. MELCHERTS descobriu num dos livros do Dr. CRATTY (Adapted Physical Education for Handicapped Children and Youth), uma série de procedimentos por observação, que dispostos em dificuldades e atividades crescentes permitiriam a elaboração de um programa primário individual das potencialidades psico-físicas e sociais de crianças com distúrbios psicomotores, em geral.

A seu regresso ao Brasil, J. MELCHERTS sistematizou os 209 comportamentos originais escritos pelo Dr. Cratty, sob a forma de Teste Diagnóstico Psicomotor Primário, criando normas metodológicas simples para sua utilização, como resultado da aplicação experimental sistemática em 235 crianças (UFPR-1985/90), entre 4 e 18 anos, de ambos os sexos, normais, deficientes físicas, deficientes mentais moderadas e com distúrbios psicomotores, em geral.

Cabe assinalar, que os procedimentos escritos pelo Dr. Cratty (1980) para orientar um programa educativo-físico, obedeciam

as etapas de desenvolvimento bio-psico-fisiológico e social de crianças entre 01 à 08 anos, aproximadamente. Estas etapas tornam-se hoje, cada vez mais relevantes, evidentes e necessárias para o controle das populações infantis brasileira e de países sub-desenvolvidos nos aspectos de saúde, educação e educação especial, principalmente.

Por outro lado, o programa original escrito pelo Dr. Cratty na década de 80, não apresentava nenhum parâmetro de aplicação, avaliação, uso de materiais específicos, instruções normativas, fichas de controle e outros elementos, que permitissem estabelecer sua aplicação sob a forma de um Teste primário. Este fato é facilmente explicável para os Estados Unidos, pois seu alto grau de especialização tecnológica, também é refletido no atendimento da saúde infantil em todos os seus aspectos. Assim, uma equipe multidisciplinar que atende por exemplo, uma criança com distúrbios motores se utilizará de testes específicos próprios às áreas dos especialistas, como de um corpo clínico altamente integrado na reabilitação psico-física e social deste paciente.

Assim sendo, J. MELCHERTS através de estudos complementares de pesquisa na Universidade Federal do Paraná (Curitiba-1985/90), transformou os 209 procedimentos de observação complementar de B. Cratty, no Teste Diagnóstico Psicomotor Primário, criando instruções normativas, fichas de controle, materiais de aplicação do Teste de baixo custo, sistemas de avaliação qualitativos e quantitativos e vídeo-tape instrucional, entre outros aspectos.

4.4.2 Objetivos do Teste

O Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, objetiva o estabelecimento de avaliações primárias, que possibilitam detectar precocemente em crianças normais e deficientes físicas e mentais moderadas, de ambos os sexos, entre 04-17 anos de idade, anomalias e/ou distúrbios psicomotores nas áreas reflexas primárias de comportamentos de pré-locomção, variações na locomoção, movimentos motores associados, habilidades motoras com e sem objetos, qualidades cognitivas de aprendizagem, linguagem e disfunções da fala, qualidades sócio-emocionais e funções perceptivas básicas, entre outras.

4.4.3 Apresentação do Teste

O Teste Psicomotor Primário de J. MELCHERTS está composto de 3 partes. A primeira, abrange as origens do Teste, objetivos, apresentação do Teste, normas de aplicação, materiais e procedimentos metodológicos e avaliação. A segunda parte, corresponde ao Manual de procedimentos para controle das condutas a serem avaliadas num total de 209 ítems (vide manual completo anexo) divididas em 12 grandes áreas de comportamentos:

- I - Comportamentos de pré-locomoção e de andar;
- II - Variações na locomoção
- III - Movimentos qualitativos
 - a) movimentos associados - sincinesias
 - b) plano motor
 - c) assimetrias
 - d) integração das partes do corpo
- IV - Intercepção de bolas
- V - Arremesso de bolas com impulso
- VI - Habilidades para segurar raquete e bastão de madeira
 - a) raquete de tênis
 - b) bastão leve de madeira
- VII - Qualidades de atenção
 - a) total desatenção ativa
 - b) total desatenção passiva
 - c) tipos hiperativos
 - d) atenção geral e atenção próxima
 - e) concentração e persistência
- VIII - Qualidades cognitivas conceituais
 - a) aprendizagem de habilidades
 - b) compreensão de regras e táticas em jogo de equipe
- IX - Linguagem
 - a) receptiva, interna e expressiva
 - b) possíveis causas de problemas de linguagem
- X - Disfunções da fala
 - a) gagueira
 - b) problemas de articulação
 - c) problemas de voz

XI - Qualidades sócio-emocionais

- a) comportamentos competitivos
- b) relacionamento com os colegas
- c) relacionamento com o instrutor
- d) tolerância e acomodação à complexidade social

XII - Funções perceptivas

- a) percepção tátil
- b) percepção auditiva
- c) percepção visual

A terceira parte do Teste Psicomotor Primário, abrange duas Fichas de controle de resultados e um vídeo instrucional. A Ficha Modelo nº 01, corresponde ao Modelo Completo e a Ficha nº 1-A, à Ficha Modelo Simplificado (vide anexo). O vídeo instrucional é uma produção alternativa, educacional, que ensina metodologicamente como deve-se proceder para a aplicação do Teste. O filme educativo, é de aproximadamente 50 minutos de duração.

4.4.4 Normas de Aplicação

É recomendada sua aplicação por um Pediatra, Psicólogo, Psicomotricista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Professor de Educação Física, Professores de classes especiais e outros especialistas, treinados previamente.

O local de aplicação do Teste deve ser amplo, ventilado e com iluminação adequada, podendo ser uma sala especial, salão, área livre e similares.

4.4.5 Materiais e Procedimentos Metodológicos

O uso e a observação dos materiais e procedimentos metodológicos, são fundamentais para o sucesso na aplicação do Teste.

4.4.5.1 Materiais

Usar-se-á uma Ficha de Controle de resultados; uma prancheta, lápis preto, vermelho, amarelo, verde, laranja e azul claro; uma caneta; uma borracha; um cronômetro; bastões de madeira e/ou cabos de vassoura de 1m de comprimento; cordas; arcos de vime e/ou bambolê; tijolos comuns; barbante; bolas de borracha e couro de 10

a 25 cm de diâmetro; giz branco e de cor; fita adesiva colorida ; raquete de tênis de quadra em plástico e/ou madeira e colchonetes de espuma para ginástica (caso seja necessário).

4.4.5.2 Procedimentos metodológicos

1. Antes de começar a aplicar o Teste, o testador e/ou especialista deverá ler exaustivamente o "Manual de Procedimentos , para observação e controle de Diagnóstico Psicomotor Primário - Teste de J. MELCHERTS", bem como a Ficha de controle de resultados Modelo nº 01 e Modelo nº 1-A, que acompanha este Teste.

2. O testador e/ou especialista deverá começar a aplicar o Teste num ambiente descontraído e de inter-relação extremamente positivo com o paciente.

3. O Teste não deve ser aplicado de uma só vez e, sim, em etapas e/ou sessões sucessivas, conforme o grau de resposta do paciente, ritmo, idade cronológica e idade mental, entre outras considerações.

4. Todos os materiais a serem utilizados no teste devem estar próximos e à disposição do testador, previamente.

5. A testagem é individual, por isso, é recomendado o respeito ao ritmo de trabalho do paciente, bem como o controle de um comportamento e/ou conduta solicitada, por vez.

6. A presença de um auxiliar e/ou apontador para o controle de resultados é recomendada.

7. O testador e/ou especialista deve ter um claro e perfeito conhecimento dos códigos, valores e atribuições da Tabela de Avaliação dos comportamentos e/ou condutas avaliadas.

8. O controle dos resultados do Teste deve ser anotado na Ficha de Controle, específica, que acompanha o Teste.

9. A interpretação dos resultados será feita pelo especialista, observando e analisando sempre a relação direta entre a conduita e/ou comportamento avaliado e o resultado obtido, em valores numéricos (porcentagens matemáticas), e/ou alfabéticos, coloridos, de acordo com o modelo de Ficha de Controle utilizado (Completo ou Simplificado).

10. Na avaliação final do Teste, é recomendado não esquecer a atribuição dos valores numéricos da escala de 0 a 4 deste Teste, onde as atribuições matemáticas, funções e propriedades, correspondem a etapas próprias e específicas do teste, bem como as propriedades de tabulação das cores vermelho, laranja, amarelo azul claro e verde da Ficha de Controle dos Resultados do Modelo nº 01 (Completo) conforme avaliação qualitativa e/ou quantitativa (Códigos 0, 1, 2, 3 e 4). Também, deve ser observada a tabulação das cores da Ficha de Controle de Resultados Modelo 1-A (Simplificado) correspondentes aos códigos alfabéticos A, B e C, respectivamente.

11. As informações coletadas junto aos pais e professores, somadas à experiência, sagacidade, observação clínica e espírito mútuo do testador, permitirão, ao fim da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, obter resultados primários concretos e fidedignos das áreas em que a criança apresenta maiores porcentagens de cores significativos de anomalias e/ou distúrbios.

12. Após interpretação dos códigos específicos da Tabela de Avaliação, conforme Ficha de Controle de Resultados e Modelos, o paciente deverá ser encaminhado para tratamento e/ou diagnóstico mais apurado, por equipe multidisciplinar pertinente.

4.4.6 Avaliação do Teste

O Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, apresenta uma Tabela de Valores, atribuições e funções simplificadas que permite a escolha e orientação do testador, quanto à maneira como deverá avaliar e anotar, posteriormente, os resultados obtidos, na Ficha de Controle dos Resultados do Modelo Completo ou do Modelo Simplificado.

Assim, a Tabela de Avaliação apresenta a Opção 1 em valores quantitativos distribuídos progressivamente em porcentagens de desempenho matemático do paciente, de 1 à 100%, conforme códigos de controle 0, 1, 2, 3 e 4. A opção 1, permite avaliações mais exatas do potencial de conduta e/ou comportamento avaliado no paciente, conforme o Manual de procedimentos do Teste, por parte do especialista. Por outro lado, seu uso requer alto grau de treinamento e experiência prática na transferência de relação, conduta

apresentada pelo paciente, versus código quantitativo oferecido pelo avaliador. A opção 1, é compatível com a Ficha de Controle de Resultados nº 1 do Modelo Completo.

A opção nº 2, apresenta-se em valores qualitativos e obedece aos mesmos Códigos de Controle da Opção 1 (valores quantitativos), ou seja, 0, 1, 2, 3 e 4. A diferença básica com a primeira opção, está na atribuição de valor à resposta fornecida pelo paciente, que é interpretada qualitativamente e não em percentagens matemáticas. A Opção 2 facilita a interpretação do especialista, pois cada código (0, 1, 2, 3 e 4), apresenta explicações claras e objetivas do significado de cada número, também ela é compatível com a Ficha de Controle de Resultados nº 1.

A Opção 3 é a mais simplificada, pois utiliza os Códigos alfabéticos A, B e C. Cada letra tem uma atribuição qualitativa de valor que qualifica o comportamento e/ou conduta apresentada pelo paciente. O uso da opção 3 é mais compatível com a Ficha de Controle de Resultados Modelo 1-A (Modelo Simplificado).

4.4.6.1 Como avaliar os resultados do Teste?

A avaliação dos resultados do Teste, independe das opções 1, 2 e 3, utilizados na tabulação dos resultados da Ficha de Controle Modelo 1 (completo) e/ou Modelo 1-A (modelo simplificado). De fato, o avaliador, após completadas suas anotações pertinentes às respostas e/ou comportamentos apresentados pelo paciente, deverá hachurar os quadradinhos da Ficha de Resultados, com as cores pertinentes a cada código utilizado. Assim, por exemplo, se o testador utilizar as opções 1 e 2, verificará junto à Tabela de Avaliação (em anexo), que aos Códigos 0 equivale a cor vermelha, ao 1 a cor laranja, ao 2 a cor amarela, ao 3 a cor azul claro e ao 4 a cor verde.

Na opção 3, o avaliador usar-se-á dos códigos alfabéticos A, B e C, os quais também tem sua atribuição de cores, conforme Tabela de Avaliação (vide anexo). Assim, por exemplo, se o testador anotar na Ficha de Resultados a letra A, a cor pertinente de interpretação é verde, se foi a letra B, a cor é amarela e para a letra C, a cor é vermelha, respectivamente.

A avaliação por cores é simples, clara e elucidatória das áreas do paciente que eventualmente apresentem anomalias e/ou dis

túrbios, pois o estudo interpretativo das cores hachuradas nos respectivos quadradinhos da Ficha de Resultados, permite traçar um perfil primário das áreas do teste onde há maiores comprometimentos.

Por outro lado, a interpretação das cores por áreas do Teste J. MELCHERTS, permite estabelecer um perfil primário das potencialidades de um paciente, para efeitos de encaminhamento a outros especialistas para diagnósticos e/ou tratamentos mais apurados. Também, os resultados servem para subsidiar equipes multidisciplinares, que utilizando-se dos testes normativos avaliam, classificam, encaminham e distribuem deficientes, em geral, em classes especiais.

Outrossim, os resultados por áreas da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, são, hoje, subsídios básicos para o estabelecimento de uma programação auxiliar de reeducação por objetivos.

Afora do sistema de interpretação dos resultados pelas cores, correspondentes aos Códigos das Opções 1,2 e 3, temos para o Modelo Completo e com as opções 1 e 2, a Interpretação Matemática Equivalente em Percentagens.

Esta interpretação, permite a avaliação dos escores parciais obtidos pelo paciente em cada área de testagem em percentagens matemáticas. Na coluna Escores, da Ficha de Resultados, Modelo nº 1, aparecem no lado esquerdo os códigos decrescentes 0, 1, 2, 3 e 4 que cumprem duplo papel, o de lembrança de sua utilização no ato da testagem, e de alerta para o especialista, no ato de interpretar em percentagens os resultados obtidos pelo paciente. Exemplo, na área II, variações na locomoção, o paciente obteve os seguintes resultados, sob as 23 condutas e/ou comportamentos avaliados:

	Resultados Obtidos	Cores Equivalentes	Códigos Utilizados	Escores
Exemplo de interpretação em percentagens	9	vermelho	0	0 = 39,13%
	5	laranja	1	1 = 21,73%
	4	amarelo	2	2 = 17,39%
	4	azul-claro	3	3 = 17,39%
	1	verde	4	4 = 4,34%

Como foram obtidos os escores equivalentes em percentagens do exemplo?

Através de uma equação matemática, de Regra de Três simples, de acordo à seguinte fórmula:

N_t	-	100
N_p	-	X

N_t = Número total de condutas avaliadas → 100 = Porcentagem matemática absoluta.

N_p = Número parcial de resultados p/ códigos → X = Valor procurado

$$\frac{23}{9} \dots \frac{100}{X} = \frac{100 \times 9}{23} = \frac{900}{23} = 39,13\%$$

O sistema de Interpretação Matemática Equivalente por Percentagens, é um sistema alternativo de avaliação do Teste que permite a quantificação exata de resultados por área de condutas e/ou comportamentos obtidos.

Em geral, o Teste Diagnóstico Psicomotor Primário permite a avaliações estatísticas comparativas e projetivas por áreas de conduta de uma população específica, através de gráficos setoriais e histogramas próprios, os quais servem para instituições educacionais, de saúde, e de áreas afins, entre outras.

4.4.6.2 TABELA DE AVALIAÇÃO POR VALORES, ATRIBUIÇÕES E FUNÇÕES DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS

OPÇÃO 1 - AVALIAÇÃO QUANTITATIVA *

Código de Controle	Valor em Porcentagem
0	1 a 20%
1	21 a 40%
2	41 a 60%
3	61 a 80%
4	81 a 100%






* Usar Ficha de Controle de Resultados nº 1 (Modelo Completo)

OPÇÃO 2 - AVALIAÇÃO QUALITATIVA *




Código de Controle	Atribuições Qualitativas
0	NÃO. Incapaz de demonstrar quaisquer comportamento ou reação solicitada
1	Demonstra o comportamento e/ou conduta solicitada, mas com reações inseguras ou defeituosas
2	É capaz de demonstrar o comportamento e/ou conduta solicitada, mas com algumas dificuldades
3	É capaz de demonstrar corretamente o comportamento e/ou conduta solicitada
4	SIM. É capaz de demonstrar perfeitamente o comportamento e/ou conduta solicitada

* Usar Ficha de Controle de Resultados nº 1 (Modelo Completo)

AVALIAÇÃO POR CORES DAS OPÇÕES 1 e 2

Código de Controle	Equivalência de função das cores
0	 = Vermelho
1	 = Laranja
2	 = Amarelo
3	 = Azul-claro
4	 = Verde

OPÇÃO 3 - AVALIAÇÃO MISTA *

Código de Controle	Atribuições qualitativas	Equivalência de função das cores
A	SIM. Reações corretas	 = Verde
B	Reações inseguras e/ou defeituosas	 = Amarelo
C	NÃO. Incapaz de demonstrar o comportamento ou reação solicitado	 = Vermelho

* Usar Ficha de Avaliação de Resultados Modelo 1-A (Modelo Simplificado)

4.4.7 Anexos do Teste

Os anexos do Teste, compreendem a Ficha de Controle de Resultados Modelo nº 1 (Modelo Completo), Ficha de Controle de Resultados Modelo nº 1-A (Modelo Simplificado) e o Manual de Procedimentos para observação e controle do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS.

No corpo do trabalho, será incluída apenas a Ficha de Controle de Resultados - Modelo nº 1 (Modelo Completo), pois ela foi utilizada para coletar os dados, das crianças pesquisadas.

OBJETIVOS ATIVIDADES	NÚMERO DE OBSERVAÇÕES AVALIADAS	ESCORES	
VI HABILIDADES PARA SEGURAR RAQUETE E BASTÃO DE MADEIRA	A. Raquete de Tênis	0=	
	101 102 103 104 105 106	1=	
	B. Bastão leve de madeira	2=	
	107 108 109 110 111 112	3= 4=	
VII QUALIDADES DE ATENÇÃO	A. Total desatenção ativa	113	0=
	B. Total desatenção passiva	114	1=
	C. Tipos Hiperativos	115 116 117 118	2=
	D. Atenção geral e atenção próxima	119 120 121	3=
	E. Concentração e persistência	122 123 124 125	4=
	VIII QUALIDADES COGNITIVAS CONCEITUAIS	A. Aprendizagem de habilidades	126
127 128 129 130 131 132		1=	
133 134 135 136 137 138		2=	
B. Compreensão de regras e táticas em jogos de equipe		139 140 141 142 143 144	3= 4=
IX LINGUAGEM		A. Receptiva, interna e expressiva	145 146 147 148 149
	B. Causas de problemas de linguagem	150 151 152 153 154	1= 2=
	155 156	3=	
	155 156	4=	
	X DISFUNÇÕES DA FALA	A. Gagueira B. Problemas de articulação	157 158 159 160 161 162
162 163 164 165		1=	
C. Problemas de voz		166 167 168 169	2= 3=
166 167 168 169		4=	

OBJETIVOS. ATIVIDADES	NÚMERO DE OBSERVAÇÕES AVALIADAS								ESCORES
XI QUALIDADES SÓCIO-EMOCIONAIS	A. Comportamentos competitivos								
	170	171	172	173	174				0=
									1=
	B. Relacionamento com os colegas								
	175	176	177	178	179	180	181		2=
									3=
	C. Relacionamento com o instrutor								
	182	183	184	185	186				4=
	D. Tolerância e acomodação à complexidade social								
187	188	189	190	191	192	193	194		
XII FUNÇÕES PERCEPTIVAS	A. Percepção tátil								
	195		196		197				0=
	B. Percepção auditiva								1=
	198	199	200	201			202	203	2=
									3=
	C. Percepção visual								4=
		204	205	206	207	208	209		

Observações _____

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA OBSERVAÇÃO E CONTROLE DO
TESTE DIAGNÓSTICO PSICOMOTOR PRIMÁRIO DE J. MELCHERTS***

OBSERVAÇÃO: O aplicador e/ou especialista deverá verificar se o cliente é capaz de apresentar os comportamentos ou condutas abaixo relacionadas, conforme Tabela de Avaliação.

I - COMPORTAMENTOS DE PRÉ-LOCOMOÇÃO E DE ANDAR

01. **FIRMA** a cabeça na posição supino e **OBSERVA** estímulo visual.
02. **MOSTRA** reflexo de apoio positivo (posição de flexão de braço) com o estômago em contato com a superfície (pronação) e/ou mesa de observação.
03. **VIRA** da posição decúbito ventral para a de decúbito dorsal.
04. **VIRA** da posição decúbito dorsal para a de decúbito ventral.
05. **EQUILIBRA-SE** momentaneamente na posição de 4 apoios (engatinhar).
06. Apresenta controle **PARCIAL** da cabeça, sentado.
07. Pode **SENTAR-SE** sem auxílio.
08. Alcança **RUDIMENTARMENTE** a posição de 4 apoios, com as pernas tombando.
09. Pode **EQUILIBRAR-SE** na posição de 4 apoios (entre 3 e 10 segundos).
10. **RASTEJA** grosseiramente com as pernas puxadas e sem coordenar a ação dos braços.
11. **ENGATINHA**, ao acaso, com os braços e as pernas sem sincronização e sem reflexo de extensão cruzada.
12. **ENGATINHA**, coordenando com reflexo de extensão cruzada.
13. **ESTICA-SE** na posição bípede (em pé).
14. Fica em pé, **COM** auxílio.

15. **MOVIMENTA-SE** lateralmente com extensão cruzada, na posição bípede, segurando-se em alguém ou em alguma coisa (apoio).
16. Fica em **PÉ** (entre 3 e 10 segundos), **SEM** apoio, mostrando boa reação do tipo pára-quedas quando cai (flexionando joelhos ao alcançar o chão).
17. Fica em **PÉ** corretamente, **SEM** apoio.
18. **CAMINHA** auxiliado por alguém ou alguma coisa.
19. **CAMINHA** rudimentarmente com alguns passos, mas **SEM** ritmo.
20. **CAMINHA** firmemente, mas **SEM** ritmo locomotor.
21. **CAMINHA** rudimentarmente, com reflexo de extensão cruzada e movimento de braços.

II - VARIAÇÕES NA LOCOMOÇÃO

22. **ANDA** ritmadamente e **COM** reflexo de extensão cruzada.
23. **ANDA** apressadamente, sem correr, apoiando os pés no chão, um após o outro.
24. **EXECUTA** movimentos laterais lentos e sem cruzar os pés.
25. **ANDA** de costas **SEM** cair.
26. **CORRE** rudimentarmente, **SEM** reflexo de extensão cruzada e coordenação dos braços.
27. **SALTA** assimétrica e rudimentarmente, **COM** um pé na frente do outro, tanto no impulso quanto na queda.
28. **SALTA** assimetricamente, **COM** ambos os pés na linha do impulso e na de queda, em 1 a 3 saltos.
29. **SALTA** com precisão sobre quadradinhos, sobre linhas, triângulos, etc.
30. Dá **SALTOS**, sem auxílio, **COM** alternância clara de um pé para outro, tanto no impulso quanto na queda.
31. **SALTA** num pé, apoiado na mão do instrutor, uma ou mais vezes.
32. **SALTA** e **GIRA** (meio giro) com os dois pés ao mesmo tempo.
33. Dá um ou mais pequenos **SALTOS**, **SEM** auxílio, com o mesmo pé (saci-pererê).

34. **CORRE COM** coordenação braço-perna correta (reflexo de extensão cruzada).
35. **CORRE** e **PARA** a uma ordem de comando, flexionando o joelho de forma reflexa.
36. Dá três a cinco pequenos **SALTOS, SEM** auxílio.
37. **SALTITA** num pé, tentando continuar a ação (gesto motor) com o outro pé.
38. **SALTITA** auxiliado por material (segurando numa cadeira).
39. **GALOPA** de forma simples, com movimentos alternados dos pés, **SEM** sair do lugar.
40. **GALOPA** de forma simples, com movimentos alternados dos pés, **AVANÇANDO** em direção a um ponto determinado pelo instrutor.
41. **SALTITA** alternando um pé, **COM** sincronização reflexa correta.
42. **SALTA** livremente em todas as direções, **SEM** quaisquer auxílios.
43. **SALTITA** de um pé para o outro, **COM** sincronização alternada de 1, 2 e 3 vezes.
44. Faz **MOVIMENTOS** laterais sincronizados rápidos.

III - MOVIMENTOS QUALITATIVOS

A - Movimentos associados sincinesias: sinais isolados de movimentos associados e de hiperatividade; frequentes sintomas. Sinais e movimentos associados:

45. Na **BOCA**, quando os membros superiores e/ou tronco ou pernas estão envolvidos.
46. Nos **MEMBROS SUPERIORES**, quando os membros inferiores estão tensos ou ativados.
47. Numa das **MÃOS**, quando a outra mão realiza função unilateral (oposição do dedo).
48. Nos **DOIS MEMBROS SUPERIORES** e no **ROSTO**, quando os membros inferiores e/ou todo o corpo fica moderadamente ativado.

B - Plano Motor

49. **INCAPAZ** de imitar um **ÚNICO** movimento feito pelas **MÃOS**, como por exemplo, bater com o punho na mesa.
50. **INCAPAZ** de imitar um **ÚNICO** movimento apresentado pelo **CORPO** todo, como por exemplo, levantar um joelho.
51. **CAPAZ** de imitar uma **SEQUÊNCIA** de 2 a 3 movimentos, corretamente, depois de demonstrado pelo instrutor.
52. **CAPAZ** de imitar uma **SEQUÊNCIA** de 4 a 6 movimentos corretamente, depois de demonstrado pelo instrutor.
53. **CAPAZ** de **INVENTAR** (criar) uma série de movimentos apropriados a uma situação familiar (ex. não pisar nas flores do jardim, etc.).
54. **CAPAZ** de **INVENTAR** (criar) uma série de movimentos a apropriados numa situação nova.

C - Assimetrias

55. **SALTA** com um pé na frente do outro.
56. **NÃO** consegue **MOVIMENTAR-SE** para a esquerda, direita ou lateralmente, de maneira correta (pés sem cruzamento).
57. **ARREMESSA** a bola com uma só mão, **SEM** fazer tentativa de utilizar a outra mão. Exemplos: segurar uma bola grande com uma mão, usar as duas mãos para arremessar uma bola grande.
58. **APRESENTA** flexão moderada de um lado do corpo. Exemplo: na paralisia cerebral hemiplégica, membros superiores e inferiores, lados direito e esquerdo.

C - Integração das partes do corpo

59. Tem dificuldades para **INTEGRAR** as partes superiores do corpo com as inferiores. Exemplo: não pisa bem quando arremessa algum objeto; suas passadas são defeituosas; não coordena os polichinelos e outros.
60. Tem dificuldade para **INTEGRAR** um lado do corpo com outro. Por exemplo, apresenta deficiências ao saltar alternadamente (de um pé para outro), de forma apropriada à sua faixa etária.

IV - INTERCEPÇÃO DE BOLAS

Bolas de borracha com 10 a 25cm de diâmetro

61. **OLHA** a bola por um breve momento.
62. **OLHA** a bola em movimento, **ROLANDO**, por um breve momento.
63. **MANTÉM** o olhar numa bola **ROLANDO**.
64. **MANTÉM** o olhar, brevemente, sobre uma bola, **ARREMESSADA** pelo instrutor.
65. **MOVIMENTA** os membros, e apresenta ativação e/ou agitação quando uma bola é **ARREMESSADA** dentro de seu campo visual.
66. Tenta **PARAR** uma bola rolando, na posição **SENTADO**.
67. Na posição **SENTADO**, **PARA** a bola com as duas **MÃOS**, quando ela é rolada em sua direção.
68. **AJUSTA** as mãos para **PARAR** uma bola rolada em sua direção, na posição **SENTADO**.
69. Na posição de **PÉ**, tenta **PARAR** uma bola rolada em sua direção, abaixando o **CORPO** para fazê-lo.
70. **PÁRA** uma bola rolada em sua direção, usando ambas as **MÃOS** e abaixando o corpo para fazê-lo.
71. Da posição de **PÉ**, ajusta o **CORPO** e **PÁRA** uma bola rolada de curta distância.
72. **SEGURA** a bola no meio dos **BRAÇOS** (como se fosse um ninho), estando eles estendidos e ligeiramente separados, com os cotovelos levemente flexionados, quando a bola é colocada diretamente no centro deles; pode usar também o corpo para segurar a bola no meio dos braços.
73. Ajusta os **BRAÇOS** em forma de ninho para **PEGAR** uma bola quicada de uma distância de 3 metros, em sua direção.
74. **PEGA** uma bola no **MEIO** dos braços **SEM** deixá-la tocar no corpo.
75. Da posição de **PÉ**, **SEGURA** uma bola em sequência de **MOVIMENTOS** braços-mãos.
76. Faz movimento de **BILATERALIDADE** para pegar uma bola **ARREMESSADA** pelo instrutor, usando braços e mãos (bola de borracha de 10-12 cm de diâmetro).

77. Na posição de **PÉ**, **SEGURA** uma bola arremessada pelo instrutor.
78. **PEGA** uma bola, **QUICADA** de 3 metros de distância, **COM** braços e mãos.
79. **PEGA** uma bola, **QUICADA** de 3 metros de distância, **APENAS** com os braços.
80. **PEGA** uma bola, **LANÇADA** de 3 metros de distância, **APENAS** com os braços.
81. **PEGA** uma bola, **LANÇADA** de 6 a 10 m de distância, **APENAS** com as mãos.
82. **AJUSTA** a posição do corpo para **PEGAR** uma bola, **LANÇADA** de uma distância de 6 a 10 m, **APENAS** com as mãos.

V - ARREMESSO DE BOLAS COM IMPULSO

Bolas de borracha com 10 a 25cm de diâmetro. Nos quesitos abaixo, deve-se utilizar uma bola, com diâmetro variando entre 10 e 20cm.

83. **OBSERVA** com interesse, bolas arremessadas por outras crianças.
84. Na posição sentado, **QUICA** uma bola na frente do corpo, mesmo que de forma **IMPRECISA**.
85. Na posição sentado, com uma ou com as duas mãos, **ARREMESSA** uma bola, mesmo com **IMPRECISÃO**.
86. Da posição sentado, **EMPURRA** uma bola com uma ou com as duas mãos, de maneira **PRECISA**.
87. Da posição de pé, **EMPURRA** uma bola com precisão em direção a um alvo.
88. Da posição de pé, com as duas mãos sobre a cabeça, **ARREMESSA** uma bola, **SEM** mudança do peso corporal, (sem mudar o pé de apoio).
89. Da posição de pé, **ARREMESSA** uma bola com as duas mãos, por **BAIXO** e de **LADO**, **SEM** mudança do peso corporal.
90. Da posição de pé, joga uma bola por **CIMA** da cabeça, com as duas mãos, **COM** mudança de peso corporal e precisão **MODERADA**.

91. Da posição de pé e com as duas mãos, **ARREMESSA** uma bola por **CIMA** da cabeça a um colega, de uma distância de 3 metros e com **PRECISÃO**.
92. **ARREMESSA** uma bola de 20cm de diâmetro por **CIMA** do ombro, com a mão dominante **ATRÁS** da bola e a outra, na **FRENTE** dela, sem mudança de peso corporal e **PRECISÃO**, moderada.
93. **COM** mudança de peso corporal e precisão **MODERADA**, **LANÇA** uma bola a uma distância de 3 metros, colocando a mão dominante na **FRENTE** da bola e a outra **ATRÁS** dela.
94. Usando uma bola de borracha de 10cm de diâmetro e **ALTERNANDO** as mãos, **ARREMESSA** uma bola, **COM** mudança corporal e ação oposta dos pés.
95. **ARREMESSA** uma bola com precisão **MODERADA** a uma distância de 3 metros, **SEM** mudança de peso corporal, **VARIANDO** o uso das mãos, ora por cima, ora por baixo do corpo.
96. **LANÇA** uma bola com uma mão, **COM** mudança de peso corporal e **PRECISÃO**.
97. **LANÇA** uma bola com uma mão, **COM** mudança de peso corporal e dando um **PASSO** à frente.
98. **LANÇA** uma bola com uma mão, **COM** mudança de peso corporal e com **AÇÃO** coordenada do mesmo **PÉ** com a da **MÃO** que faz o arremesso.
99. **LANÇA** uma bola com uma mão, **COM** mudança de peso corporal, **PRECISÃO** justa e dando uma **PASSADA** (ação coordenada pés-mãos no momento do deslocamento).
100. **LANÇA** uma bola com uma mão, a uma distância razoável, usando **CORRETAMENTE** a mudança de peso corporal e passadas.

VI - HABILIDADES PARA SEGURAR RAQUETE E BASTÃO DE MADEIRA

A - Raquete de Tênis

101. **SEGURA** uma raquete e movimenta-a, mas **SEM** contato com a bola.
102. **SEGURA** uma raquete e movimenta-a, **REBATENDO** uma bola.
103. **REBATE** uma bola presa a um barbante e **BALANÇANDO**.
104. **REBATE** uma bola, quicada a uma **CURTA** distância.

105. **REBATE** uma bola, quicada num **PASSE** simples.
106. **REBATE** uma bola durante um jogo tipo "tênis" numa ação **COORDENADA**.

B - Bastão Leve de Madeira

107. **SEGURA** o bastão, **SEM** soltá-lo, mas movimentando - o em **TODAS** as direções.
108. **BATE** numa bola grande, no chão, à sua frente.
109. **BATE** numa bola de vôlei, **ROLADA** no chão, em sua direção.
110. **BATE** numa bola de handebol (ou de borracha de 20cm de diâmetro), movimentando-a em **QUALQUER** direção.
111. **BATE** numa bola de handebol, quando lançada **LENTAMENTE** em sua direção.
112. **BATE** numa bola de handebol, quando lançada com mais **FORÇA** em sua direção.

VII - QUALIDADES DE ATENÇÃO

A - Total Desatenção Ativa

113. A criança precisa receber **APOIO** físico para fazer suas lições; não apresenta atenção visual ou quaisquer outras evidências de **ATENÇÃO**, em seus deveres escolares ou atividades extras.

B - Total Desatenção Passiva

114. **PERMANECE** de pé ou sentada no lugar em que foi colocada, mas **SEM** apresentar **ATENÇÃO** visual ou aparência de estar atento , conscientemente, no que realiza.

C - Tipos Hiperativos

115. **APRESENTA** movimentos locomotores (andar, saltar, correr, trepar, galopar, saltitar e outros), **ACRESCIDOS** de atenção visual e ocupação manual em suas atividades.

116. A criança **MOVIMENTA** todo o corpo e **SABE** perfeita - mente o que está acontecendo em vários momentos, nas atividades que realiza.
117. A criança apresenta atividade **MANUAL** constante, seja quando está de pé, sentada, ou quando quaisquer objetos lhe são apresentados para serem manipulados.
118. A criança evidencia **DISTRAÇÃO** visual passiva e embora pareça cooperativa, sua desatenção visual impede-lhe a otimização da aprendizagem.

D - Atenção Geral e Atenção Próxima (De Perto)

119. A criança tem uma **ATENÇÃO** geral **MODERADA** e sua atenção para o que lhe está próximo é **PARCIAL**.
120. A **ATENÇÃO** geral é **BOA**, mas a atenção próxima é **MODERADA** (regular).
121. A **ATENÇÃO** geral é **BOA**, e a atenção próxima também o é, considerando-se evidentemente, a idade e o nível maturacional da criança.

E - Concentração e Persistência

122. A criança apresenta **CONTÍNUA** persistência, na maioria das situações e tarefas que lhe são apresentadas.
123. Periódicamente, tende a **PERSEVERAR** em tudo o que realiza, sendo capaz de se deter numa **TAREFA** durante longo período de tempo, até **COMPLETÁ-LA**.
124. Demonstra relativa **FLEXIBILIDADE** em passar de uma **TAREFA** a outra.
125. Muda de uma **TAREFA** para outra de maneira **APROPRIADA**, mas **SEM** demonstrar perseverança nelas.

VIII - QUALIDADES COGNITIVAS CONCEITUAIS

A - Aprendizagem de Habilidades

A criança:

126. Precisa de **PROGRESSÃO PEDAGÓGICA PRÁTICA**, construindo sua aprendizagem das partes para o todo, conforme técnica de pequenos passos.

127. Percebe **TAREFAS** como um **TODO**.
128. Pode treinar **INTENSAMENTE** o que lhe é determinado , **SEM** se aborrecer.
129. Precisa de treinamento de uma **ÚNICA TAREFA** ou habilidade, separando-as em graus de interesse ou de necessidade.
130. **APRENDE** melhor por demonstração **VISUAL** do que auditiva.
131. **APRENDE** melhor por **MOVIMENTOS MANUAIS** orientados, ficando a aprendizagem visual e auditiva em plano secundário.
132. **APRENDE** melhor por explicação **VERBAL** do que apenas visual ou auditiva.
133. **APRENDE** melhor por **COMBINAÇÕES** descritivas.
134. **DISTRAI-SE** facilmente se a **TAREFA** for muito **DIFÍCIL** ou muito **FÁCIL**, de acordo com sua idade e nível maturacional.
135. **ACEITA BEM** a prática de **TAREFAS** difíceis, **NÃO** precisando de rápida assimilação para trabalhar bastante.
136. Precisa de **RÁPIDA ASSIMILAÇÃO** para manter seu interesse nas tarefas solicitadas.
137. **DEIXA** de realizar tarefas ou desenvolver habilidades, preferindo entrar no jogo ou em outra atividade, quase que imediatamente.
138. **REALIZA** atividades ou desenvolve habilidades relativas a um jogo completo, **SEM** reclamações.

B - Compreensão de Regras e Táticas em Jogos de Equipe

139. **NÃO** entende **REGRAS** de jogos, quer individuais, quer em equipe.
140. **ENTENDE REGRAS** e pode lembrar-se de **UMA** regra, no mínimo. Exemplo: devolver ou passar a bola a um colega.
141. **ENTENDE REGRAS** e pode memorizar **DUAS** delas no mínimo. Exemplo: chamar um nome e jogar a bola simultaneamente.
142. **ENTENDE REGRAS** de equipe e de desportos individuais mas não ao nível de sua idade e de seus interesses esportivos.

143. **ENTENDE REGRAS**, mas não é capaz de colocá-las em prática em jogos complexos, próprios à sua faixa etária.
144. **ENTENDE REGRAS** e é capaz de colocá-las em **PRÁTICA**, em jogos complexos, próprios à sua faixa etária.

IX - LINGUAGEM

A - Receptiva, interna e expressiva

A criança

145. **NÃO** apresenta linguagem expressiva e a linguagem receptiva é **POBRE** ou inexistente (quadro patológico).
146. **NÃO** tem linguagem expressiva e sua linguagem receptiva, embora parcial, é **COMPREENSÍVEL**.
147. Apresenta linguagem expressiva **MÍNIMA** e sua linguagem receptiva **VARIA** de moderada a regular.
148. Tem linguagem expressiva **MODERADA**, mas a linguagem receptiva **VARIA** de moderada a boa.
149. Tem **BOM** domínio de **LINGUAGEM**, quer a expressiva, quer a receptiva.

B - Possíveis Causas de Problemas de Linguagem

A criança:

150. Tem surdez **TOTAL** ou surdez **PARCIAL**.
151. **APRESENTA** danos ou lesões nos centros da fala, embora sua audição seja boa.
152. Tem linguagem **AFÁVEL** (suave, benigna) no ambiente familiar.
153. **NÃO** sente necessidades de se comunicar com outras pessoas, pois é auxiliada por seus irmãos e irmãs, que a superprotegem.
154. **APRESENTA** causas emocionais precedentes de fatores diversos.
155. É detentora de **PROBLEMAS** estruturais (anatómofisiológicos), tais como: fissura palatina, sigmatismo, dentre outros.

156. **NÃO** é falante nativa da língua portuguesa e sim de uma língua estrangeira.

X - DISFUNÇÕES DA FALA

A - Gagueira

A criança:

157. Apresenta um processo de gagueira infantil, infrequente, corrigível, transitória.
158. Encontra-se no **ESTÁGIO 1** de gagueira insipiente, do tipo vem-e-vai.
159. Encontra-se no **ESTÁGIO 2** de gagueira transitória; gagueja quando excitada, e quase sempre se vê como gágá.
160. Encontra-se no **ESTÁGIO 3** de gagueira. Está confirmada, geralmente na adolescência; nesta fase, por ser a jovem consciente e alerta, pode antecipar situações que lhe causem tensão, levando-a conseqüentemente à gagueira.
161. Encontra-se no **ESTÁGIO 4** de gagueira. Está definitivamente instalada na fase adulta, sendo acompanhada, de contrações faciais e corporais, difíceis de corrigir devido à faixa etária.

B - Problemas de Articulação

A criança

162. **OMITE SONS** em palavras. Exemplos: "bacate", em vez de "abacate"; "gotei", em vez de "gostei".
163. Faz **ADIÇÃO** de **SONS** em várias palavras. Exemplos: "a-levantar", em vez de "levantar"; "dilzer", em vez de "dizer".
164. Faz **SUBSTITUIÇÕES** de **SONS** (de alguns sons com troca de "f" por "p" ou "p" por "b"), embora estes possam diferir ou não, quanto ao modo de articulação. Exemplos: "fapato" por "sapato"; "patata", em vez de "batata".

165. Apresenta **DISTORÇÕES** articulatórias. Exemplo: som chiado: "Shusie", em vez de "Susie".

C - Problemas de Voz

A criança apresenta:

166. **SOM** metálico, sem tonalidade.
 167. **TOM** muito alto, ou muito baixo.
 168. Variação de **INTENSIDADE**: sons fortes em contraste com sons fracos (função distintiva).
 169. Variação de **QUALIDADE**: sons nasal, gutural, grave, sussurrante, rouco.

XI - QUALIDADES SÓCIO-EMOCIONAIS:

A - Comportamentos Competitivos

A criança :

170. **EVITA** competir, ignorando as chances de comportamento competitivo.
 171. **TENTA** competir, mas não adequadamente, em face da indevida hostilidade por competição, por recompensas não apropriadas ou não obtidas.
 172. **COMPETE** quase sempre apropriadamente.
 173. **COMPETE** sempre apropriadamente.
 174. **PODE** competir e cooperar, ao mesmo tempo, em situações de grupo ou individuais, isto é, **COOPERA** com a equipe para competir com outras equipes.

B - Relacionamento com os Colegas

A criança :

175. **IGNORA** outras pessoas, **ISOLANDO-SE** emocional e socialmente.
 176. **NOTA** e **REAGE** frente aos outros colegas, mas **NÃO** positivamente.
 177. **REAGE** a **UMA** criança a cada vez, por **BREVES** momentos.
 178. **REAGE** a **MAIS** de uma criança a cada vez, por períodos **MAIORES** de tempo.

179. Reage **POSITIVAMENTE** de um para o outro colega, aceitando a amizade deles.
180. Reage **NEGATIVAMENTE** aos outros companheiros, demonstrando comportamento agressivo e hostil.
181. Aceita **POSITIVAMENTE** e reage calorosamente a todos , ou quase todos na sala de aula.

C - Relacionamento com o Instrutor

A criança :

182. **OBEDECE** a instruções somente sob **AMEAÇAS E PRESSÃO**.
183. **ESCU**TA ordens e obedece a elas, desde que seja **ESTIMULADA** e a pressão seja **MODERADA**.
184. **VARIA**, diariamente, na **RESPOSTA** comportamental, ao instrutor.
185. **ACEITA** instruções do instrutor, bem como aceita o próprio instrutor.
186. **SENTE** entusiasmo na aceitação das instruções e do instrutor.

D - Tolerância e Acomodação à Complexidade Social

A criança:

187. **ISOLA-SE** e não tem consciência aparente de outros colegas, em situações de jogos.
188. É **DEPENDENTE** e precisa receber encorajamento de outros, professores e colegas, antes de participar individualmente de atividades.
189. **PARTICIPA** individualmente de jogos, mas **NÃO** se relaciona com outras crianças.
190. **PARTICIPA** paralelamente, de atividades, mas precisa ser socialmente **ESTIMULADO** pela presença de outros, com os quais não **INTERAGE** de maneira direta, isto é, quica a bola com os colegas, mas não a joga a outras crianças para brincar de pegar.
191. **RELACIONA-SE** com outra criança diretamente, isto é brinca de pegar uma bola, **SEM** quaisquer problema de interação.

192. **TRABALHA** em grupos de 3 ou mais crianças, mas **NÃO** se adapta socialmente aos papéis de líder ou de liderança, facilmente.
193. **TRABALHA** em grupos pequenos de 3 a 5 crianças e aceita a liderança de outras; exerce a liderança , quando esta é apropriada, mas aceita também ser liderado pelos colegas.
194. **TRABALHA** em grupos maiores de crianças ou equipe , exercendo bem tanto a liderança, quanto o papel de subordinado; entende regras compatíveis com a sua idade e as aplica corretamente.

XII - FUNÇÕES PERCEPTIVAS

A - Percepção Tátil

A criança demonstra ter sensibilidade:

195. Nas mãos.
196. Nos pés.
197. Em outras áreas e/ou partes do corpo.

A - Percepção Auditiva

I - Resposta às instruções do instrutor

A criança:

198. **NÃO ENTENDE** instruções, e por isso tende a falhar , na maioria das vezes.
199. **MUITAS** vezes, **CONFUNDE** instruções ou a ordem de palavras antes de responder comportamentalmente ao que lhe é solicitado.
200. **DE VEZ EM QUANDO** confunde as instruções, mas atua a propriadamente quase sempre.
201. **NUNCA** confunde as instruções dadas pelo instrutor.

II - Resposta a ansiedade e som

A criança:

202. **TENDE** a ficar **CONFUSA E ANSIOSA** em situações de muito ruído (barulhentas)

203. **RESPONDE BEM** ao barulho feito por outras crianças e a outras situações semelhantes, em que o som seja muito intenso.

C - Percepção Visual

A criança:

204. Apresenta **DIFICULDADE** para perceber o **TOTAL** de uma série de estímulos. Exemplos: situações de jogos, alvo, gol, companheiro, etc.
205. Tem **DIFICULDADE** de pegar a **FIGURA CENTRAL** (bola, goleiro, alvo, outra criança, etc.) num fundo confuso.
206. **DEMORA** na organização da informação **SENSORIAL** recebida por via ocular.
207. Tem **REAÇÕES** rápidas, mas frequentemente **ERRADAS** sobre informações visuais.
208. Tem **REAÇÕES** rápidas e **PRECISAS** sobre informações visuais.
209. **DEMORA** em ter **REAÇÕES** precisas e em assimilar informações visuais, em situações de jogos.

* Adaptado por **MELCHERTS HURTADO, Johann G.G.**, a partir de **CRATTY, BRYANT J.** in: Adapted Physical Education for handicapped children youth. Denver, Love Publisher Co. 1980. p. 45-56. (Workshop, UCLA, Dept. of Kinesiotherapy. LA., California, USA. out. 1984).

Nesta etapa, desenvolveremos a Fundamentação Teórica que caracteriza o universo e a operacionalização da pesquisa que nos levará aos resultados, conclusões e recomendações do trabalho.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 CONCEITOS BÁSICOS

São conceitos básicos para a nossa pesquisa os seguintes termos: educação, educação especial, excepcional, deficiência mental e deficiência mental moderada.

1.1.1 Educação

Educação, vem do latim educacione, que significa ato de criar (animais, plantas) e por extensão, formação do espírito, instrução, educação; em si, o vocábulo latino educativo, onis, prende-se ao verbo educare, aparentado com ducere (conduzir) e educere (tirar para fora, criar) - tem sofrido através dos tempos múltiplas conceituações, formuladas à base de pontos de vista filosóficos e sob a influência das condições sócio-culturais, de cada época.

A educação pode sofrer análise dos pontos de vista sociológico, biológico, psicológico e filosófico. Os dominantes em nossos dias são o sociológico e biopsicológico.

Do ponto de vista sociológico, educação é o processo que visa a preparar as gerações novas para substituírem as adultas e

que, naturalmente, se vão retirando das funções ativas da vida social. A educação realiza a conservação e transmissão da cultura a fim de haver a continuidade da mesma. O que se procura transmitir é o acervo funcional da cultura, isto é, aqueles valores e aquelas formas de comportamento social de comprovada eficácia na vida de uma sociedade.

Do ponto de vista biopsicológico, a educação tem por escopo levar o indivíduo a realizar a sua personalidade, tendo em mira as suas possibilidades intrínsecas. A educação passa a ser o processo que tem por fim atualizar todas as virtualidades do indivíduo, em um trabalho, realmente, de extrair de dentro do próprio indivíduo o que ele traz, hereditariamente, consigo.

A educação é como um processo que visa capacitar o indivíduo a agir conscientemente diante de situações novas de vida, com aproveitamento da experiência anterior, tendo em vista a integração, a continuidade e o progresso sociais, segundo a realidade de cada um, para serem atendidas as necessidades individuais e coletivas.

A educação sob o ponto de vista da realidade é a seguinte:

Educação é o processo que tem em mira levar o homem a atingir um estado de maturidade que o capacite a encontrar-se com a realidade de maneira consciente e nela agir eficientemente como cidadão participante e responsável.

Assim, a educação deve estimular o amadurecimento do homem para uma tomada de consciência da realidade, bem como de suas possibilidades e necessidades de ação sobre a mesma, para que ela seja:

- a) eficiente, através de adequada preparação profissional;
- b) participante, através de seu interesse pelos problemas sociais e humanos;
- c) responsável, através de uma severa compenetração das possíveis consequências de seus atos, principalmente, com relação aos seus semelhantes

1.1.2 Educação Especial

Educação especial, é o ramo da Pedagogia que estuda e reúne os métodos e processos adequados aos indivíduos que não podem se beneficiar apenas do ensino comum, pois necessitam de orienta-

ção e de recursos especiais para atingirem o rendimento máximo de suas potencialidades.

Para KIRK e JOHNSON (1960) a Educação Especial é analisada como: "um processo contínuo que se inicia no momento em que são identificados os distúrbios do desenvolvimento da criança e que continua ao longo de sua vida. Tem por finalidade desenvolver suas potencialidades vitais e de sobrevivência, indispensáveis para satisfazer, de maneira objetiva, as demandas do desenvolvimento individual e as exigências do meio ambiente".

Segundo TELFORD (1987), "as crianças excepcionais requerem métodos de ensino, equipamento e instalações físicas especiais a fim de satisfazer suas necessidades pessoais e sociais. A finalidade da Educação Especial, mediante essas provisões especiais, é habilitar as crianças excepcionais a realizarem suas potencialidades de desenvolvimento tão completo quanto possível e minimizar as inferioridades resultantes de suas incapacidades".

1.1.3 Excepcional

Como criança excepcional entende-se as mentalmente deficientes. Todas as pessoas fisicamente prejudicadas, bem como as superdotadas, requerem consideração especial no lar, na escola e na sociedade, são consideradas excepcionais.

CRUICKSHANK e JOHNSON (1979), definem a criança excepcional como: "a que do ponto de vista intelectual, físico, social ou emocional, está tão notavelmente desviada do que é considerado crescimento e desenvolvimento normal, que ela não pode se beneficiar ao máximo com um programa escolar regular e requer uma classe especial ou instituição e serviços complementares".

DUNN (1971), aborda três aspectos quanto aos excepcionais:

a) que diferem acentuadamente da média normal em características físicas ou psicológicas;

b) que não se ajustam aos programas escolares elaborados para a maioria das crianças, de modo a obter progresso desejável; e

c) que necessitam, por conseguinte, de educação especial, ou, em alguns casos, de elaboração de serviços especiais ou de ambos para atingir um nível compatível com suas aptidões".

KIRK(1960), elabora uma definição descritiva da criança excepcional, dizendo: "é aquela que se desvia do educando médio ou normal em características mentais, habilidades sensoriais, características neuromusculares ou físicas, conduta social ou emocional, habilidades de comunicação ou deficiências gerais em tal extensão que exige uma modificação das práticas da escola ou de serviços e instruções suplementares".

1.1.4 Deficiência Mental

Primeiramente, é necessário afirmar que neste trabalho, o "retardo mental" e "deficiência mental", são consideradas expressões sinônimas. Segundo FLEMING(1982), as crianças portadoras de deficiência mental, são "... consideradas retardadas, as crianças cuja capacidade de aprender e de adaptar-se às exigências da sociedade, apresenta-se significativamente prejudicada".

Estatisticamente, para KRYNSKI (1969) a deficiência mental constitui uma das mais importantes enfermidades crônicas da infância. É um complexo conjunto de quadros clínicos, onde a insuficiência intelectual é o denominador comum.

Quanto à saúde física e estatura, os deficientes mentais, são considerados abaixo da normal.

1.1.5 Deficiência Mental Moderada

A criança portadora de deficiência mental moderada, é aquela que possui atraso no desenvolvimento motor muito perceptíveis, especialmente da fala. Os estigmas físicos são frequentemente mais óbvios. Elas aprendem coisas básicas sobre autoproteção, alguns comportamentos sociais e alguma aparência de independência. Em geral, eles são considerados semidependentes.

Para DUNN(1970), "... as crianças treináveis estão intelectualmente abaixo do normal, e não é provável que possam adquirir suficientes habilidades de leitura, escrita e cálculo correspondente ao nível de alfabetização. São ineducáveis de adquirir noções relativas às matérias das classes primárias regulares ou es-

peciais para alunos retardados educáveis. Na idade adulta, com raras exceções, não lerão jornais, nem outros impressos com fins de recreação ou informação. Também não serão capazes de cuidar judicialmente de seu salário, ou de outro dinheiro que venham a ganhar".

Em geral, o Deficiente Mental Moderado é uma criança que precisa de uma equipe multiprofissional, para organizar suas potencialidades bio-psico-fisiológicas e sociais.

1.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Neste ítem, abordaremos considerações gerais pertinentes à Educação Especial, ao Excepcional e a Deficiência Mental, sob aspectos conceituais de legislação, causas, classificações e características físicas, psíquicas e sociais do Deficiente Mental Moderado, principalmente.

1.2.1 A Educação Especial

Entende-se por Educação Especial o atendimento educacional, de excepcionais: deficientes mentais, físicos, sensoriais, múltiplas deficiências, distúrbios de conduta e os superdotados.

A educação dos excepcionais é especial porque se diferencia metodologicamente da comum, bem como, se destina a indivíduos especiais porque não podem ser educados dentro do sistema padrão de ensino utilizado para crianças normais. A Educação Especial, necessita de professores especializados, de metodologia específica, de currículos apropriados, de recursos instrucionais específicos e instalações adequados ao sistema de educação especial.

A educação dos excepcionais, encontra respaldo nos seguintes dispositivos legais:

- a) Constituição da República Federal do Brasil, artigo 177 que diz:

"A educação, direito de todos, é dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua

qualificação para o trabalho".

- b) Constituição da República Federal do Brasil, artigo 179, inciso IV, que afirma haver:

"Atendimento educacional especializado gratuito aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino".

- c) Declaração dos Direitos da Criança, princípio 5:

"À criança incapacitada física ou mentalmente, ou que sofra algum impedimento social serão proporcionados, o trabalho, o tratamento e educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar".

- d) Lei 5692/71, artigo 9, que diz:

"Os alunos que apresentem deficiências físicas ou mentais, os que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados deverão receber tratamento especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação".

- e) Também, na Constituição do Estado do Paraná, no artigo 173, o excepcional encontra amparo legal, ao se afirmar que:

"O estado e os Municípios assegurarão, no âmbito de suas competências, a proteção e a assistência à família, especialmente à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, bem como à educação do excepcional, na forma da Constituição Federal".

Por outro lado, o artigo 220 da Constituição do Estado do Paraná, estabelece as seguintes diretrizes:

"O Estado, com a participação dos Municípios e da Sociedade promoverá programas de assistência integral à criança e ao adolescente, observadas, entre outras, as seguintes diretrizes:

I - Aos portadores de deficiência, visando a sua integração comunitária:

- a) prevenção e atendimento especializados;
- b) educação e capacitação para o trabalho;
- c) acesso a bens e serviços coletivos com eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

Avaliados estes aspectos legais, podemos afirmar que a

Educação é um direito assegurado pela legislação a todo cidadão , portador ou não de qualquer deficiência e que o objetivo geral da Educação Especial, é dar assistência às crianças excepcionais , preparando-as para a vida, integrando-as tanto quanto possível na comunidade, a fim de que se tornem indivíduos úteis, felizes e integrados à sociedade em que vivem.

1.2.2 O Indivíduo Excepcional

O termo "excepcional" é geralmente conceituado como: " todo indivíduo situado acima ou abaixo da norma de características de um grupo padrão".

No campo da educação, o termo "excepcional" é usado para descrever os alunos cujos padrões de necessidades educacionais são muito diferentes das do grupo padrão de crianças normais. Assim , as crianças que têm habilidades intelectuais superiores para lidar com fatos, idéias, relações, ou então, apresentam aptidões especiais em áreas específicas como artes, música, esportes e outros, são chamadas de superdotadas. Já, as que apresentam uma defasagem nos seus aspectos intelectual, social, motor e afetivo quando comparadas às crianças de desenvolvimento normal, são aquelas que possuem deficiência mental.

A criança excepcional, precisa ser encarada como uma criança, e como tal, trata-se de uma pessoa que atravessa etapas de desenvolvimento, próprias do seu nível de maturidade. Ela possui aspirações e necessidades relacionadas com o seu grau de desenvolvimento. Como indivíduo, ela é um ser único e deve ser assim considerada em suas diferenças individuais.

A excepcionalidade pode acarretar obstáculos ao desenvolvimento do potencial máximo da criança. A família, poderá favorecer o crescimento da criança, bem como poderá ser um empecilho ao seu pleno desenvolvimento.

Os fatores psicossociais como o nível de educação dos pais, situação sócio-econômica, bagagem cultural, além dos valores, características de personalidade e atitudes dos pais, perante o excepcional, influenciam diretamente na educação da criança excepcional como um todo.

Hoje em dia, os estudos da criança excepcional em quase to-

dos os seus aspectos, permitem estabelecer classificações de excepcionalidade que delimitam não somente a ação dos especialistas, como também suas características, em sentido geral.

1.2.2.1 Classificação de Excepcionalidade

As classificações de excepcionalidade mais utilizadas, são provenientes quase sempre do modelo clínico, combinadas com o modelo educacional, considerando suas diferenças individuais na qual necessitam de atendimento, e serviços especiais de educação.

MAZZOTTA(1982), classifica os tipos de excepcionalidade como: excepcionais intelectuais, excepcionais por desvios físicos, excepcionais psicossociais e excepcionalidade múltipla.

1. Excepcionais intelectuais:

São os que apresentam desvios acentuados de ordem intelectual.

1.1 Superdotados, que apresentam notável desempenho e/ou elevada potencialidade da capacidade intelectual de liderança, psicomotora, aptidão acadêmica específica e outras.

1.2 Deficientes Mentais:

Dividem-se em educáveis, treináveis e dependentes.

1.2.1 Deficientes Educáveis, são os que apresentam Q.I, entre 50 a 75, índice de desenvolvimento intelectual normal, têm dificuldades de aprendizagem num currículo escolar comum, têm possibilidades de ler, escrever, calcular e nível de alfabetização.

1.2.2 Deficientes treináveis, são os que apresentam Q.I. de 30/35 à 50/55, desenvolvimento entre 1/3 e metade do índice médio normal. Podem ter capacidade para desenvolver habilidades de cuidado pessoal (vestir, comer), e aprender a falar.

1.2.3 Deficientes dependentes ou custodiais, são os que apresentam o Q.I. abaixo de 30, com sérios comprometimentos associados à deficiência mental.

2. Excepcionais por Desvios Físicos:

São os que em razão de deficiências físicas não sensoriais ou sensoriais, necessitam de serviços e auxílios especiais de educação

2.1 Deficientes Físicos não sensoriais, são os que, em virtude de terem limitações na sua capacidade de locomoção, postura ou uso das mãos, ou ainda limitações do vigor, vitalidade e agilidade, têm comprometido seu aproveitamento escolar. Não são incluídos como excepcionais, fornecendo-lhes facilidade de acesso e movimentação nas escolas, mediante adaptações físicas no prédio escolar.

2.2 Deficientes Físicos Sensoriais:

2.2.1 Deficientes Visuais.

São aqueles que apresentam ausência parcial, ou total, de visão, tais como:

a) Visão subnormal

Necessitam de recursos didáticos especiais ou materiais impressos em tipos ampliados, ou em condições especiais;

b) Cegos, são os que necessitam do uso do Sistema Braille.

2.2.2 Deficientes Auditivos.

São indivíduos que apresentam perda da audição acima de 45 decibéis, nas frequências da fala, em ambos os ouvidos. Incluem-se nesse grupo, os surdos (perda acima de 70 decibéis) e os hipoacúsicos (perda auditiva entre 40 a 70 decibéis)

3. Excepcionais Psicossociais:

Caracterizam-se por apresentar sérios problemas de comportamento, em geral.

3.1 Alunos com distúrbios emocionais

São os que apresentam reações às situações de vida tão insatisfatórias e inapropriadas, que não podem

ser aceitos pelos companheiros ou pelo meio aos quais estão integrados.

3.2 Alunos com Desajustes Sociais.

São os que apresentam um padrão crônico de repetidas violências e desrespeito à autoridade constituída. Recusam-se a aceitar os padrões mínimos de conduta requeridos nas escolas e classes comuns.

4. Excepcionalidades Múltiplas:

São pessoas que se apresentam com mais de um tipo de desvio. Ex.: deficiente mental e auditivo, deficiente físico e superdotado.

Convém acrescentar que o Conselho Federal de Educação, no Parecer nº 1682/74, Documento (163):48:1974, apresenta a seguinte classificação da excepcionalidade:

1. Deficientes Mentais:
Educáveis, treináveis e dependentes
2. Portadores de deficiência múltipla;
3. Superdotados;
4. Hipoacúsicos;
5. Deficientes da fala;
6. Portadores de problemas de conduta;
7. Deficientes da audiocomunicação;
8. Visão reduzida (amblíopes);
9. Cegos;
10. Deficientes físicos não sensoriais.

1.2.3 A Deficiência mental

A definição mais empregada de Deficiência Mental é da Associação Americana de Deficiência Mental (A.A.M.D.), citado por KIRK(1987), que diz:

"A Deficiência Mental, refere-se ao funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, que coexiste com falhas no comportamento adaptador e se manifesta durante o período de desenvolvimento".

O comportamento adaptador do conceito acima, é definido pela eficiência ou grau em que um distúrbio atende aos padrões de independência pessoal e responsabilidade social esperados de sua idade e grupo cultural. As expectativas variam de acordo com os grupos de idade, por isso, os prejuízos no comportamento de adaptação também variarão. Assim, prejuízos no comportamento adaptativo podem ser evidenciados nos primeiros anos de vida, principalmente por problemas no processo de maturação, os quais são manifestados no desenvolvimento retardado do comportamento sensorio-motor, das habilidades, de auto-ajuda e da linguagem.

No período escolar, os prejuízos mais acentuados refletem-se na aprendizagem das habilidades, que são essenciais ao processo de educação escolar. Na vida adulta, o prejuízo de adaptação manifesta-se no ajustamento social, particularmente na capacidade do indivíduo se manter economicamente e satisfazer as expectativas da comunidade.

No Brasil, o Ministério da Educação, através do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP) adotou a definição americana (A.A.D.M.), mas manteve como termo genérico " Deficiência Mental " (MEC, CENESP, 1974).

1.2.3.1 Causas da Deficiência Mental

As causas da Deficiência Mental apontadas por FLEMING (1982) são as seguintes:

a) Fatores Pré-Natais:

- Agentes tóxicos resultantes de infecções da mãe, tais como: rubéola, toxoplasmose, citomegalia e outras;
- Drogas que entram acidentalmente no metabolismo da mãe (Chumbo ou Monóxido de Carbono) e outras ingeridas intencionalmente como Talidomida, esteróides, quinino, anfetaminas, anticoagulantes, heroína, LSD;
- Exposição excessiva às radiações;
- Condições crônicas como hipertensão, problemas renais e diabetes;
- Outros fatores, como tensões emocionais e nutrição insatisfatória, incompatibilidade sanguínea causadas pelos fatores ABO e RH;

- Fatores genéticos e metabólicos: fenilcetonúria, galactosemia, Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner e outros.

É fato amplamente aceito que a maior porcentagem de fatores ligados à Deficiência Mental, ocorrem no período pré-natal.

b) Fatores Perinatais:

- A prematuridade. Ela pode causar lesões letais no cérebro e acarretam a morte dos recém-nascidos, e provocar uma série de síndromes neuropsiquiátricas dependendo do grau e da localização cerebral dessas lesões. As anormalidades variam desde deficiência mental, paralisia cerebral, distúrbios do comportamento, dificuldades de aprendizagem a problemas menores de comportamento;
- Complicações no trabalho de parto. Anoxia ou asfixia do bebê durante o parto, dificuldades no trabalho de parto, hemorragia, ferimentos durante o processo de parto e/ou qualquer situação traumática durante o parto que possa resultar em dano para o sistema nervoso central.

c) Fatores Pós-Natais:

- Enfermidades agudas como meningites e as encefalites originadas do sarampo;
- Traumas, que envolvam acidentes com a cabeça;
- Distúrbios progressivos ligados a doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central;
- Intoxicação por Chumbo;
- Crianças nascidas em ambientes pobres em estimulação.

Os estudos de FLEMING(1982), asseveram que os fatores biológicos e os fatores culturais influem no desenvolvimento mental da criança. Também, afirma que o retardamento mental é mais comum nas áreas onde é grande a subnutrição, as doenças, as condições de vida insalubres, habitações inadequadas, acidentes e uma apatia derivada da pobreza.

Segundo fontes da Organização Mundial de Saúde (OMS), citadas pelo "Correio da Unesco", os fatores que causam a deficiência são as enfermidades e o ambiente, estes vinculados a ati -

tudes e interesses sociais, que trazem consequências para o deficiente como a diminuição de sua autonomia, da mobilidade, das atividades de lazer, da integração social e da independência econômica.

São citados, ainda, os fatores psicológicos, localizados na carência afetiva, os fatores sociológicos refletidos na privação social, cultural e econômica que influenciam principalmente, a criança durante os três primeiros anos de sua existência.

1.2.3.2 Classificação de Deficiência Mental

A Deficiência Mental pode se apresentar em diferentes graus de intensidade, que podem ser avaliados clinicamente, ou medidos através de provas psicológicas adequadas, sendo que os testes de inteligência mais usados são: o de STANFORD-BINET e a ESCALA WEIHSLER de Inteligência para crianças (WISC).

Apresentaremos, a seguir, os níveis de inteligência medidos, segundo a classificação Americana (A.A.D.M.), para o deficiente mental:

Nível *	Quociente de Inteligência	
	Stanford Binet	Escala Wechsler de Inteligência para crianças (WISC)
Leve	68 - 52	69 - 55
Moderado	51 - 36	54 - 40
Severo	35 - 20	39 - 25
Profundo	20	25

* Baseada inteiramente nos dois testes individuais de inteligência Geral. Não inclui medida do comportamento adaptativo.

É preciso não esquecer, como comenta MISÉS (1977), que, embora a prática atual reflita a comodidade de emprego dos testes de inteligência como os elementos mais importantes do diagnóstico, um resultado baixo de Quociente de Inteligência (QI) nunca é em si mesmo, suficiente para diagnosticar a deficiência mental em sua totalidade.

Segundo FLEMING (1982) os graus de retardamento são estabelecidos com base na capacidade global de preenchimento de requisitos pessoais, sociais, acadêmicos, intelectuais, vocacionais e de desenvolvimento, normalmente esperados em indivíduos de várias idades cronológicas. Assim, ele os classifica em Deficiência Mental:

- leve;
- moderada;
- grave; e
- profunda.

Já a classificação da Organização Mundial de Saúde (O.M.S) citada por KRYNSKI (19869), os classifica em Deficiente Mental:

- profundo, com Q.I. abaixo de 20;
- severo, com Q.I. entre 20 e 35,
- moderado, com Q.I. entre 26 a 52, e
- leve, com Q.I. entre 53 e 70.

A Deficiência Mental, conforme a avaliação de sua condição de desenvolvimento (diagnóstico multidisciplinar), educacional - mente, classificam-se em:

- a) Educáveis, com Q.I. 50-55 à 75-79

Apresentam limitações de aprendizagem espontânea, dificuldade de compreensão, de transferir aprendizagem, de manter uma atenção dirigida. Por outro lado, são capazes de uma aprendizagem formal da leitura, escrita e aritmética. Necessitam de experiências concretas, uma vez que lhes falta aptidão para trabalhar com sucesso em situações abstratas. Seu vocabulário é limitado, porém suficiente para as situações normais da vida prática. O reconhecimento do seu atraso mental é, na maioria dos casos, verificado, quando ingressam na escola, pois apresentam pouca habilidade na execução das tarefas escolares. Na fase adulta, atingem uma idade mental entre 7 e 12 anos, podendo realizar um trabalho não especializado o que lhes possibilita a auto-suficiência.

- b) Treináveis com Q.I. 30-35 à 50-55.

São capazes de defender-se dos perigos, de adquirir hábitos higiênicos pessoais de rotina e de realizar pequenos trabalhos caseiros. Podem chegar a um ajustamento satisfatório com a família e a vizinhança, aprendendo a repartir, respeitar os direitos de propriedade e até mesmo de cooperar. Têm limitações na a-

prendizagem da leitura, escrita e aritmética, podendo ser treinadas a memorizar ou mesmo aprender algumas palavras e fatos aritméticos simples. Quando adultos, sua idade mental, está compreendida entre 3 e 7 anos. Necessitam de certo cuidado. Necessitam de certo cuidado, supervisão e ajuda durante toda a vida.

c) Dependentes, com Q.I. 25-30 e abaixo.

Caracterizam-se pela ausência quase total da linguagem, e pela incapacidade de adquirir hábitos higiênicos, precisando de assistência contínua no vestir, no comer e no asseio. São incapazes de defender-se dos perigos e de chegar a um ajustamento social. Estas crianças têm seu retardo reconhecido desde os primeiros anos de vida, pela pronunciada falta de respostas aos estímulos do meio. Sua idade mental, na fase adulta, pode atingir cerca de 3 anos, daí a necessidade de proteção e auxílio durante toda sua vida, sendo incapazes de sobreviverem sem ajuda.

No plano geral de educação, as crianças dependentes, devido ao acentuado retardo mental, são encaminhadas para escolas residenciais ou clínicas, em regime de semi-internato. Ou permanecem em casa, vivendo alienadamente no meio familiar.

Os treináveis são encaminhados a escolas especiais ou a classes especiais em escolas regulares, conforme experiências já realizadas, desde que tenham possibilidades de ajustamento a esse ambiente que é fato raro pelo seu comprometimento mais acentuado nas áreas acadêmicas.

Os Educáveis, são atendidos em classes especiais das escolas comuns, na qual participam com os demais alunos de atividades como recreio, festas, biblioteca, atividades extra-classe e outras, conforme programa e conteúdos próprios da instituição.

1.2.4 O Deficiente Mental Moderado

KIRK (1987), define o deficiente Mental Moderado ou Treinável, como aquela que tem dificuldades em:

- a) aprender as habilidades acadêmicas a qualquer nível funcional;
- b) desenvolver independência total a nível adulto; e
- c) alcançar adequação vocacional suficiente para, a nível

adulto, sustentar-se sem supervisão ou ajuda.

Devido ao significativo atraso no andar e no falar, o deficiente mental moderado é facilmente identificado, desde os primeiros anos de vida.

Ele não pode se beneficiar com o programa escolar normal, pois tem limitações na aprendizagem da escrita, leitura e aritmética, porém quando treinado, é capaz de memorizar ou mesmo aprender algumas palavras e fatos aritméticos, simples.

Quando adultos, sua idade mental aproxima-se de 4 à 8 anos por esta razão espera-se que apenas possam desenvolver habilidades elementares de cuidados pessoais, socialização e comunicação oral, que as torne úteis no lar e em oficinas protegidas. Seu atendimento deve ser feito em escolas especiais.

Abordaremos a seguir as características físicas, sócio-emocionais e intelectuais do Deficiente Mental Moderado.

1. Características Físicas do Deficiente Mental Moderado:

As crianças com deficiência mental moderada, são extremamente heterogêneas em suas características físicas e psicológicas, exceto quanto aos escores de Q.I., obtidos em testes globais e individuais de inteligência.

Logo após o nascimento ou nos primeiros anos de vida, as crianças moderadamente retardadas são identificadas pois "parecem" diferentes. Isto ocorre devido à manifestações de problemas de descoordenação, lentidão na aprendizagem da fala, dificuldades para aprender a andar e a cuidar de si mesmas, entre outras manifestações. Algumas destas crianças parecem ser desajeitadas e deselegantes, pois em sua maioria tem alguma forma de distúrbio ou dano no Sistema Nervoso Central, que faz com apresentem problemas envolvendo a coordenação, o equilíbrio e habilidades motoras, em geral.

2. Características Sócio-emocionais do Deficiente Mental Moderado:

A condição de Deficiência Mental Moderada pode ocorrer em qualquer nível sócio-econômico, em lares com pais de alto nível de instrução, bem como em lares culturalmente desfavoráveis, pois ela independe da classe social. Ela depende da variedade de acidentes que possam vir a causar danos metabólicos genéticos ou neurológi-

cos, na criança afetada.

Emocionalmente, estas crianças estão situadas em posições extremas de níveis de emoção. Algumas são amáveis e receptivas, enquanto outras excitam-se facilmente, irritando-se ou tendo alguma reação explosiva sob a mais leve pressão ou aborrecimento.

Também, são evidentes as crianças extremamente retraídas, com problemas de apatia, maneirismos esquisitos do corpo e da face, apego excessivo a determinada pessoa, intratabilidade, comportamento de birra, agressões e estados emocionais anormais.

Essas crianças, quando tratadas por equipes multidisciplinares competentes, podem chegar a um ajustamento satisfatório à família e à vizinhança, aprendendo a repartir, a cooperar e respeitar os direitos de propriedade.

3. Características Intelectuais do Deficiente Mental Moderado:

Intelectualmente, o Deficiente Mental Moderado, tem um desenvolvimento de 1/4 e 1/3 do ritmo da criança média ou normal, comparativamente.

Aos 6 anos de idade, possuem idade mental de uma criança de 2 a 3 anos. Na idade adulta, seu desenvolvimento mental é de cerca de uma criança de 5 a 8 anos de idade.

A falta de atenção e concentração, de perseverança, da organização do pensamento, da sequência lógica, a ideiação pobre, a memória desprivilegiada e outros fatores, prejudicam a transferência e a fixação de aprendizagem. Seu vocabulário é restrito, porém suficiente para situações da vida prática.

Na área acadêmica necessita de experiência concretas, rotineiras e apreendem melhor por meio de análise de tarefas.

Apesar do grau de comprometimento do deficiente mental moderado em diversos aspectos, segundo KIRK, eles são capazes de conseguir:

- a) capacidade de cuidar de si próprio (como vestir-se, despir-se, usar a toaleta e alimentar-se);
- b) capacidade de se proteger de perigos comuns no lar, na escola e na vizinhança;

- c) ajustamento social ao lar e à vizinhança (aprender a compartilhar, respeitar direitos de propriedade, e cooperar numa unidade familiar e comunitária);
- d) utilidade econômica no lar e na vizinhança, auxiliando em tarefas de casa, trabalhando em ambientes especiais ou mesmo em trabalhos rotineiros, sob supervisão.

COMO É O DEFICIENTE MENTAL DE NOSSA PESQUISA ?

O Deficiente Mental Moderado de Paranaguá, é atendido pela APAE, onde funciona o Centro de Estimulação e pela Escola Municipal Profª Eva T. A. Cavani - Ensino Especial.

A referida escola presta atendimento especializado à clientela portadora de Deficiência mental com idade cronológica, para efeitos de matrícula, de 3 a 17 anos. Elas são atendidas, segundo as etapas de desenvolvimento, determinado pela equipe multidisciplinar, que consta de:

- a) Serviço Médico;
- b) Serviço de Psicologia;
- c) Serviço de Assistência Social;
- d) Serviço de Fonoaudiologia;
- e) Serviço de Fisioterapia;
- f) Serviço Pedagógico; e
- g) Outros Serviços Especializados, observando-se as características dos casos e conceituando faixas de I.M. e I.C. nos seguintes níveis:
 - Dependentes
 - Estimulação precoce
 - Socialização
 - Alfabetização
 - Níveis I, II, III e IV
 - Oficinas: Pré-oficina Pedagógica A,B; Oficina Pedagógica de Bordado e Costura A,B; Oficina Pedagógica de Pintura, Tecelagem, Cestaria e Oficina Protegida.

A Escola funciona em dois turnos, com carga horária de 8 horas diárias e com duração mínima de 180 dias letivos.

O conteúdo programático trabalhado por meio de atividades

como Educação Psicomotora, Atividades da Vida Diária, Desenvolvimento das Funções Intelectuais, Comunicação e Expressão (comunicação oral e escrita), Iniciação às Ciências (matemática e ciências), Integração Social, Educação Física, Educação Musical, Educação Religiosa e Treinamento Profissional atendem as necessidades individuais, de acordo com a metodologia específica das áreas de ensino.

2 OPERACIONALIZAÇÃO E RESULTADOS DA PESQUISA

Os processos operacionais desta pesquisa experimental de campo, para o estudo diagnóstico dos distúrbios psicomotores em 36 crianças de ambos os sexos, entre 8-17 anos, portadores de Deficiência Mental Moderada da Escola Municipal professora Eva T. A. Cavani de Paranaguá, Paraná, obedeceram os procedimentos metodológicos pré-estabelecidos no início do trabalho, correspondentes às Etapas 1 (estudo teórico-prático da pesquisa), Etapa 2 (aplicação dos instrumentos de pesquisa) e, Etapa 3 (fundamentação, avaliação e conclusão da pesquisa).

Como resultado da aplicação dos instrumentos de pesquisa das Etapas 2 e 3, obtivemos as seguintes informações e dados:

2.1 RESULTADOS DA FICHA DE LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE INFORMAÇÕES, SOB APLICAÇÃO DE TESTES NORMATIVOS NA POPULAÇÃO PESQUISADA, POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA - FICHA Nº 1.

Conforme os Quadros Gerais de Resultados da Ficha nº 1, representado nos Gráficos Setoriais e nos Histogramas, por áreas de aplicação de Testes Normativos da equipe multiprofissional (vide anexos), verificamos que:

2.1.1 Das 36 crianças pesquisadas, para efeitos de encaminhamento, triagem a classificação em classes especiais, por equipe multiprofissional, 32% foram avaliadas por meio de Laudos com Testes; 29% possuem Laudos sem Testes; 21% não possuem Laudo e 18% apresentam Laudo com Entrevista (Vide gráfico setorial nº1)

2.1.2 No estudo por áreas de aplicação de Testes Normativos, por equipe multiprofissional especializada, na população-alvo, os resultados por áreas técnicas, conforme Gráfico Setorial nº2 e Histograma nº 1, demonstram que:

- a) Assistente Social, 92% das crianças tiveram Laudo com Entrevista e 8% não tiveram Laudo específico;
- b) Fisioterapeuta, 81% das crianças tiveram Laudo com Testes e 19% não tiveram Laudo específico;

c) Terapia Ocupacional, 44,5 % das crianças tiveram Laudo com Testes, 47% não tiveram Laudo e, 8,5% das crianças, tiveram Laudo sem Testes.

**QUADRO I - RESULTADOS PARCIAIS DA APLICAÇÃO DA FICHA
Nº 1, TESTES NORMATIVOS, POR IDADES**

**QUADRO II - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DA FICHA
Nº 1, TESTES NORMATIVOS**

**GRÁFICO SETORIAL Nº 1 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE
TESTES NORMATIVOS**

**GRÁFICO SETORIAL Nº 2 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE
TESTES NORMATIVOS, POR ÁREAS**

**HISTOGRAMA Nº 1 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE TESTES
NORMATIVOS POR ÁREAS**

QUADRO I - RESULTADOS PARCIAIS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 1, POR IDADES

FICHA DE LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE INFORMAÇÕES, SOB APLICAÇÃO DE TESTES NORMATIVOS, NA POPULAÇÃO PESQUISADA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, ESPECIALIZADO. FICHA Nº 1

ESCOLA: Escola Municipal Prof. Eva T.A. Cavani - Ensino Especial
CIDADE: Paranaguá ESTADO: Paraná ANO:1989

Nº	NOME DO ALUNO	IDADE	A.SOCIAL	FISIO.	FONOA.	PSIC.	T.O.
01	R.R.G.	08	LCE	LCT	LST	LST	LCT
02	P.O.N.S	08	LCE	LCT	LST	LST	LCT
03	G.M.S.F	09	LCE	LCT	LCT	LST	LCT
04	M.M.S.B.	09	LCE	LCT	LST	LST	LCT
05	M.P.	10	LCE	LCT	LST	LST	SL
06	A.L.P.R.	11	LCE	LCT	LST	LST	LCT
07	C.O.B.	11	SL	LCT	LCT	SL	SL
08	V.R.M.	12	LCE	LCT	LST	LST	LCT
09	J.A.S.	14	LCE	LCT	LST	LST	SL
10	M.C.F.	14	LCE	LCT	LST	LST	SL
11	M.S.L.	15	LCE	LCT	LCT	LST	LCT
12	M.X.	15	LCE	LCT	LCT	LST	LCT
13	E.F.N.	16	LCE	LCT	LST	LST	SL
14	E.V.C.	16	LCE	LCT	LCT	LST	LST
15	R.V.	16	SL	SL	SL	LST	SL
16	A.R.R.	17	LCE	SL	SL	SL	SL
17	D.A.A.	17	SL	SL	LST	LST	SL
18	E.S.L.	17	LCE	SL	LCT	LST	SL
19	R.F.C.	17	LCE	LST	LCT	LST	LCT
20	E.M.S.S.	08	LCE	LCT	LST	LST	SL
21	J.P.S.S.	09	LCE	LCT	LCT	LST	LCT
22	E.L.S.	10	LCE	LCT	LCT	LCT	LST
23	J.F.F.	11	LCE	LCT	LCT	LST	LCT
24	E.M.L.A.	11	LCE	LCT	LST	LST	LCT
25	A.S.N.	12	LCE	LCT	LST	LST	LCT
26	C.A.B.S.	12	LCE	LCT	LST	SL	SL
27	M.V.P.	12	LCE	SL	LCT	LST	SL
28	M.M.C.	13	LCE	LCT	LST	LST	LCT
29	A.S.B.M.	14	LCE	LCT	LST	LST	LCT
30	L.S.F.	14	LCE	LCT	LST	LST	LCT
31	M.A.C.	14	LCE	LCT	SL	LST	SL
32	J.B.S.M.	15	LCE	LCT	LCT	LST	SL
33	I.G.A.J.	16	LCE	LST	LCT	LST	LST
34	M.L.L.	17	LCE	LCT	LCT	LST	SL
35	A.S.M.G.	17	LCE	SL	SL	SL	SL
36	J.L.B.	17	LCE	SL	SL	SL	SL
37							

Observação: Favor preencher de acordo com a legenda:

SL - Sem Laudo
LCT - Laudo com Teste
LST - laudo sem Teste
LCE - Laudo com entrevista

DATA:...../..09../..89.

Preenchido por :.....A.Y.S.....

QUADRO II - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 1,
TESTES NORMATIVOS

ÁREAS TESTES*	ASSIST. SOCIAL	FISIOT.	FONOA.	PSIC.	T.O.	RESULTADOS EM %
SL	03	07	05	05	17	21 %
LCT	0	27	14	01	16	32 %
LST	0	02	17	30	03	29 %
LCE	33	0	0	0	0	18 %
TOTAL	36	36	36	36	36	100 %

* Legendas das aplicações de Testes Normativos





SL - Sem Laudo

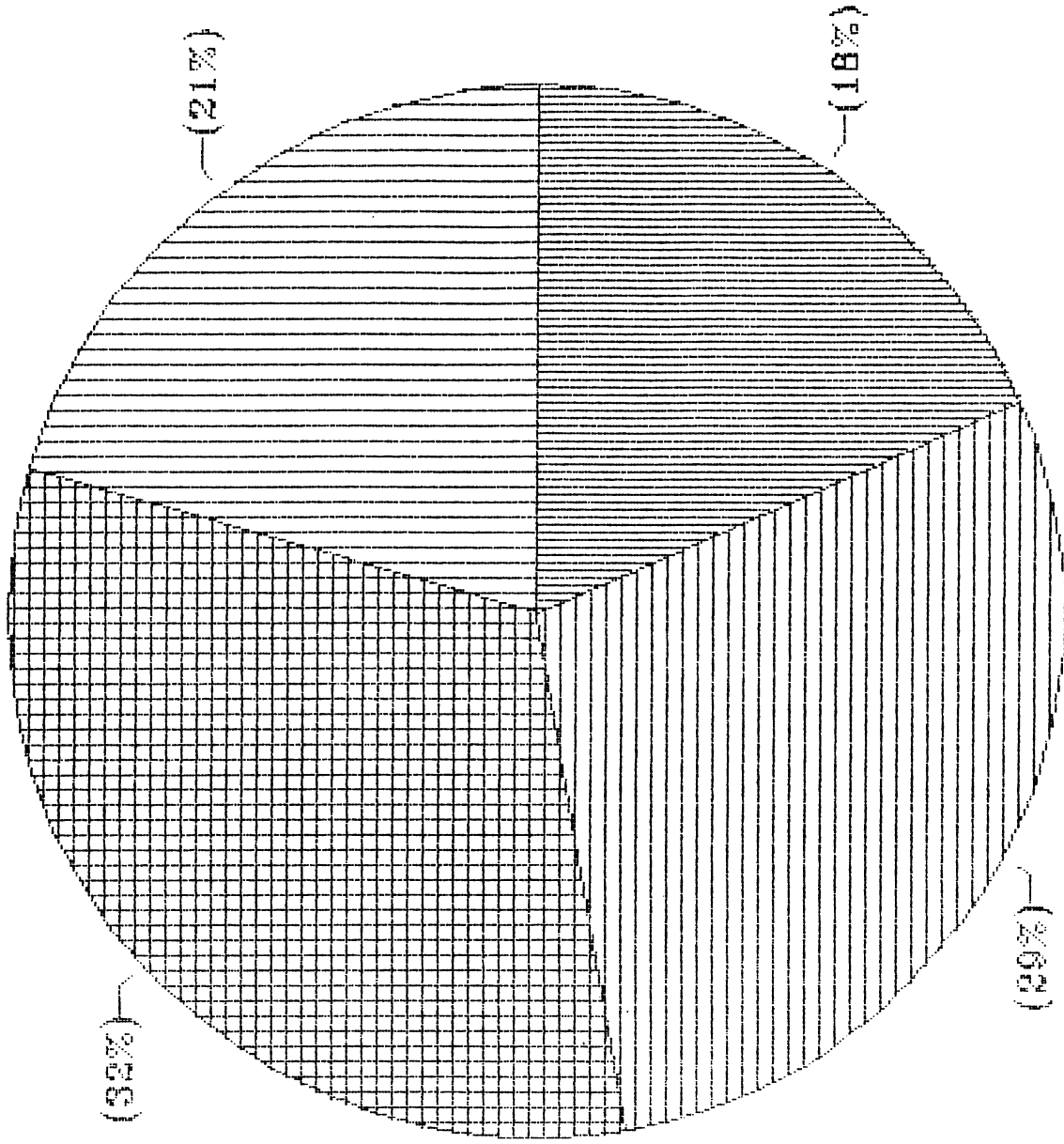
LCT - Laudo Com Teste

LST - Laudo Sem Teste

LCE - Laudo Com entrevista

QUADRO NR. 1

-  S.L.
-  L.C.T.
-  L.S.T.
-  L.C.E.



S.L.

GRÁFICO SETORIAL Nº 1 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE TESTES NORMATIVOS

QUADRO NR. 1

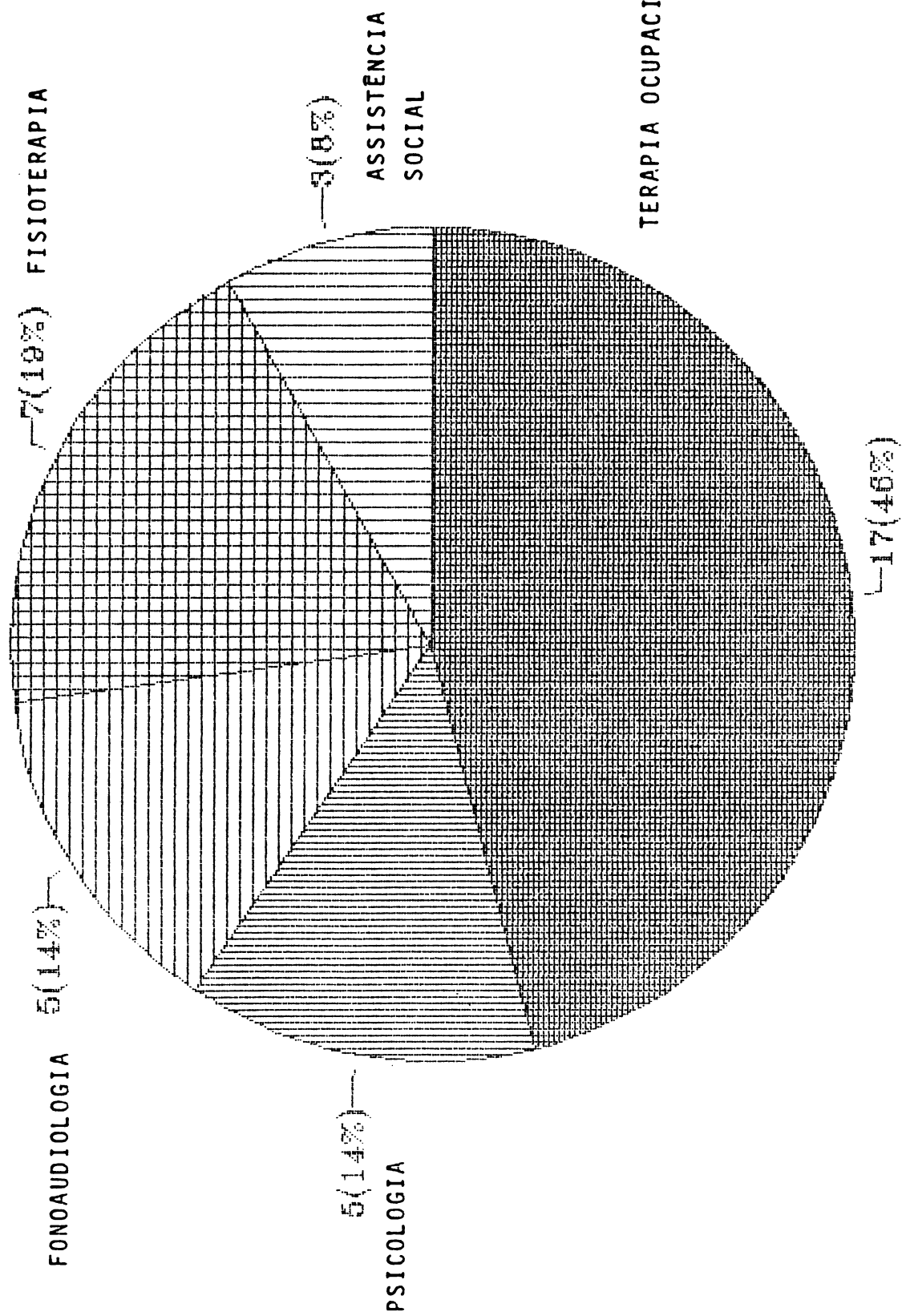
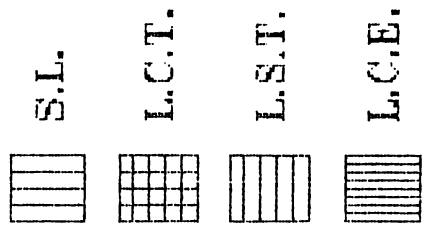
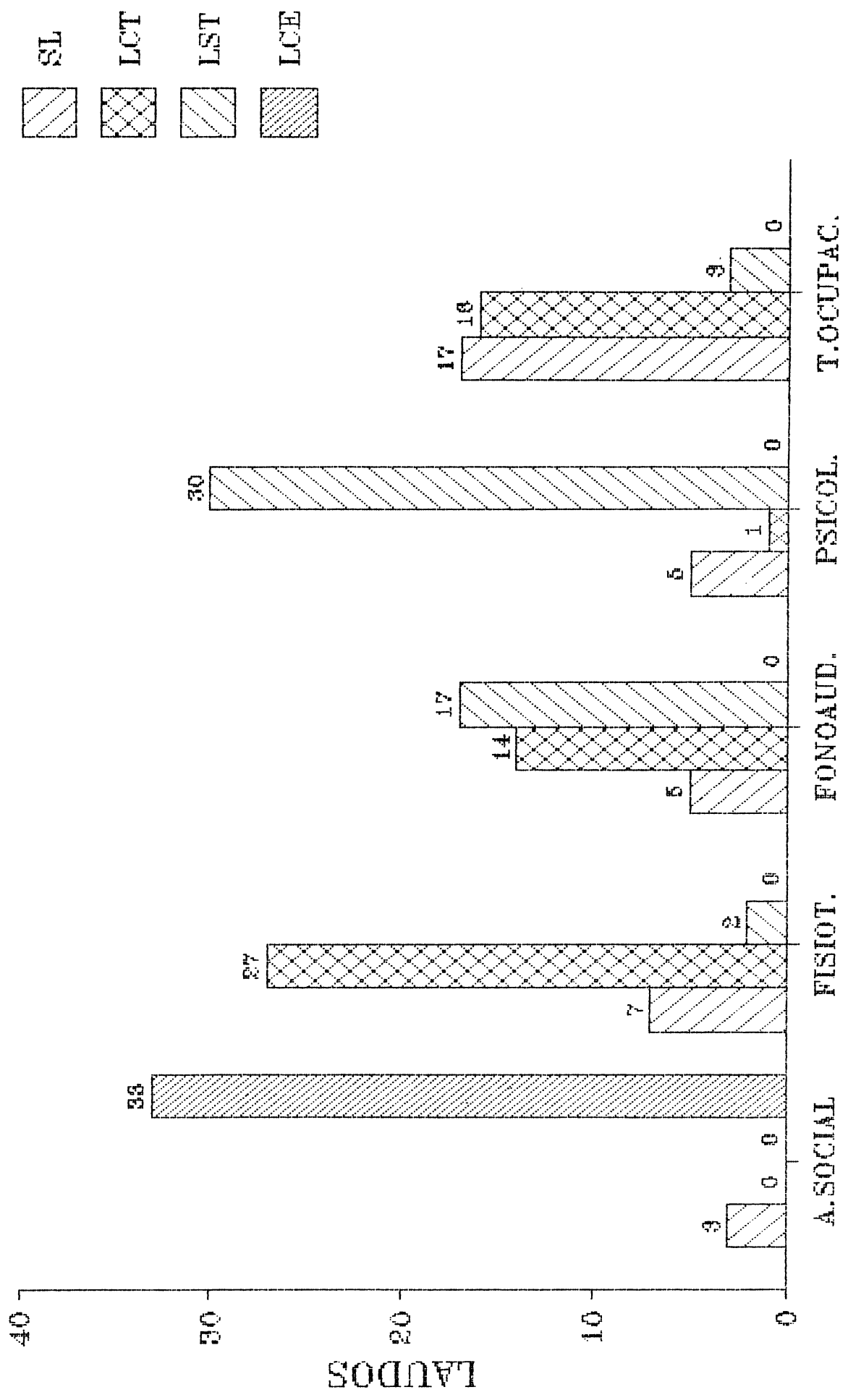


GRÁFICO SETORIAL Nº 2 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE TESTES NORMATIVOS, POR ÁREAS

FICHA NR. 1
 QUADRO NR. 1



ÁREAS TÉCNICAS

HISTOGRAMA Nº 1 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE TESTES NORMATIVOS, POR ÁREAS

2.2 RESULTADOS DA FICHA DE LEVANTAMENTOS ESTATÍSTICOS DAS INFORMAÇÕES SOCIAIS, ECONÔMICAS E DAS CAUSAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL, DA POPULAÇÃO PESQUISADA - FICHA Nº 2.

Após avaliação estatística dos dados coletados na Ficha nº 2, Quadro Geral das Causas de Deficiência Mental, Gráficos Setoriais e Histogramas específicos do Levantamento (vide anexos), verificamos os seguintes resultados, por itens da Ficha nº 2, acima citada:

2.2.1 Causa principal da Deficiência mental (vide Gráfico Setorial nº 3):

- 47,2% de causas desconhecidas pelos pais;
- 25 % Síndrome de Down;
- 8,33 % de causas desconhecidas (após exames clínicos);
- 5,56 % por desnutrição;
- 2,78 % por prematuridade;
- 2,78 % por meningite;
- 2,78 % por traumas;
- 2,78 % por epilepsia; e
- 2,78 % por incompatibilidade sanguínea.

2.2.2 Idade em que foi detectada a Deficiência mental na Criança (Gráfico Setorial nº 4):

Entre,

- 0 à 2 anos, 67 %
- 3 à 4 anos, 14 %
- 5 à 6 anos, 3 %
- 7 à 8 anos, 8 %
- 9 ou mais anos, 8 %.

2.2.3 Idade em que deu início ao tratamento especializado (vide Gráfico Setorial nº 5):

Entre,

- 0 à 2 anos, 39 %
- 3 à 4 anos, 17 %
- 5 à 6 anos, 3 %
- 7 à 8 anos, 22 %
- 9 ou mais anos, 19 %.

2.2.4 Idade em que o deficiente Mental foi encaminhado à escola ou Instituição especializada (vide Gráfico Setorial nº6)

Entre,

0 à 2 anos, 6 %
 3 à 4 anos, 14 %
 5 à 6 anos, 28 %
 7 à 8 anos, 36 %
 9 ou mais anos, 17 %

2.2.5 Renda Familiar (vide Gráfico Setorial nº 7)

Menos de 1 salário mínimo, 14 %
 1 salário mínimo, 39 %
 2 à 3 salários mínimos, 19 %
 4 à 5 salários mínimos, 22 %
 6 à 7 salários mínimos, 3 %
 8 ou mais salários mínimos, 3 %

2.2.6 Estado civil dos pais (vide Gráfico setorial nº 8)

Solteiro, 2,77 %
 Casado, 63,89 %
 Viúvo, 13,89 %
 Separado, 11,11 %
 Divorciado 2,77 %
 Amigado 5,56 %

2.2.7 Idade dos pais, quando a criança nasceu (vide Gráfico Setorial nº 9)

Menos de 15 anos 0 %
 De 16 à 20 anos 12,5 %
 De 21 à 25 anos 25,0 %
 De 26 à 30 anos 16,67 %
 De 31 à 40 anos 34,72 %
 Mais de 40 anos 11,11 %

2.2.8 Com quem a criança reside (vide Gráfico Setorial nº 10)

Com os pais 52,77 %
 Com o pai 5,55 %
 Com a mãe 27,77 %
 Com a avó 13,89 %
 Com outros 0 %

**QUADRO III - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DA FICHA
Nº 2, CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MENTAL**

**GRÁFICOS SETORIAIS Nºs 3 à 10 - RESULTADOS PARCIAIS
DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2, CAUSAS DA DEFICIÊNCIA
MENTAL - ÍTENS I à VIII**

QUADRO III - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2 - CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MENTAL

FREQUÊNCIA CÓDIGO/CAUSAS	NÚMERO DE CASOS POR IDADE E SEXO														R %		
	08 a.	09 a.	10 a.	11 a.	12 a.	13 a.	14 a.	15 a.	16 a.	17 a.	R %						
	M F	M F	M F	M F	M F	M F	M F	M F	M F	M F	M F	M F					
20. Dist. Progressivos																	
21. Intox. p/Chumbo																	
22. Tensões emocionais																	
23. Desnutrição												01					5,6 %
24. Hipertens. crônica																	
25. Diabete crônica																	
26. Prob. renais Crôn.																	
27. Epilepsia													01				2,8 %
28. Albinismo																	
29. Doenças venéreas																	
30. Inc. Sang. ABO-RH																	
31. Alcoolismo																	
32. Compl. Trabalho Parto																	
33. Amb. pobre estimulação																	
34. Causas desconhecidas	01	01	01	01													8,4 %
35. Pais desconhecem causa																	47,0 %
PERCENTAGEM MATEMÁTICO ABSOLUTO														100,0 %			

CAUSAS DAS DEFICIÊNCIAS

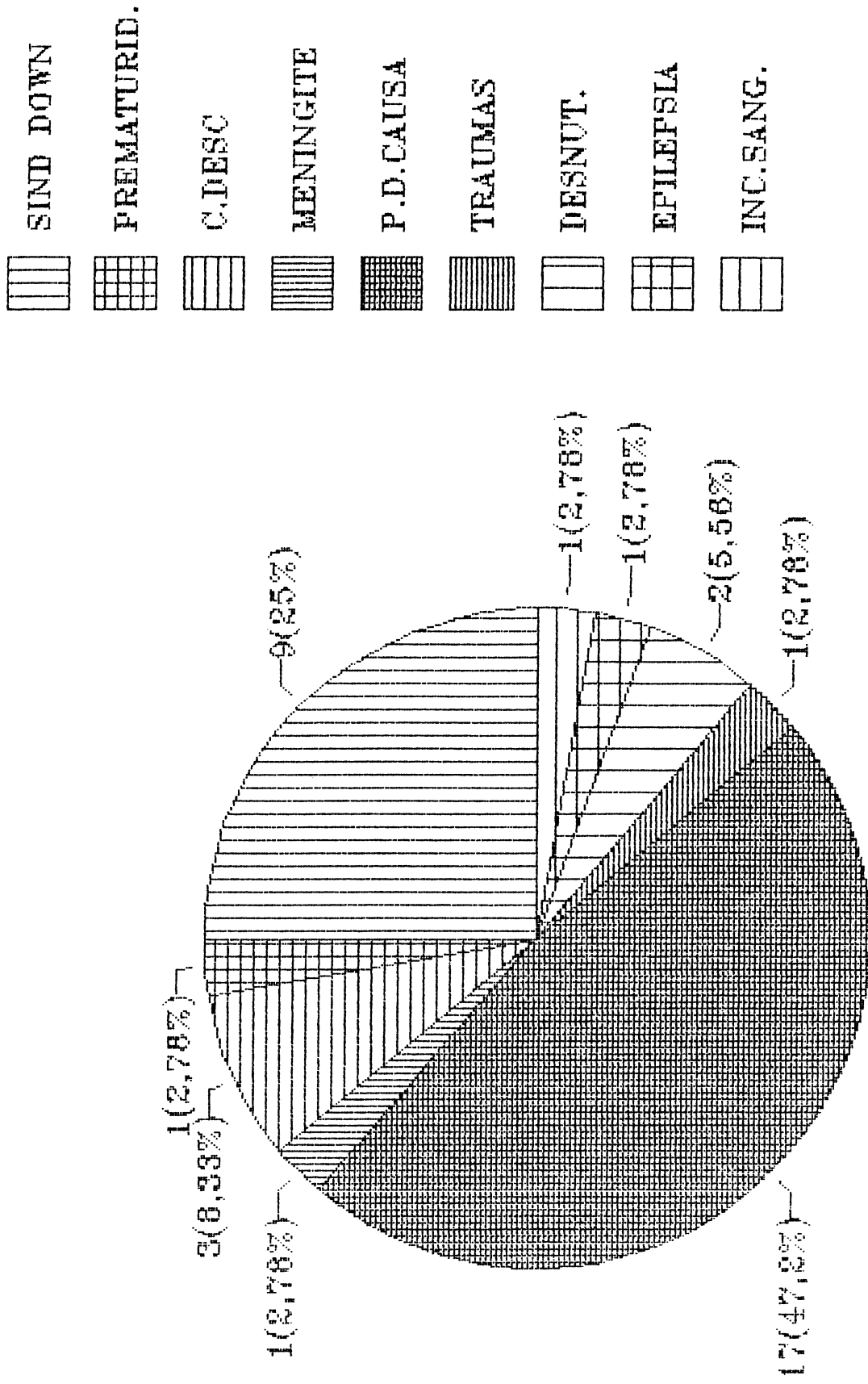


GRÁFICO SETORIAL Nº 3 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE FICHA Nº 2, ÍTEM I, CAUSAS/DMM

IDADE EM QUE FOI DETECTADA A DEFICIENCIA MENTAL

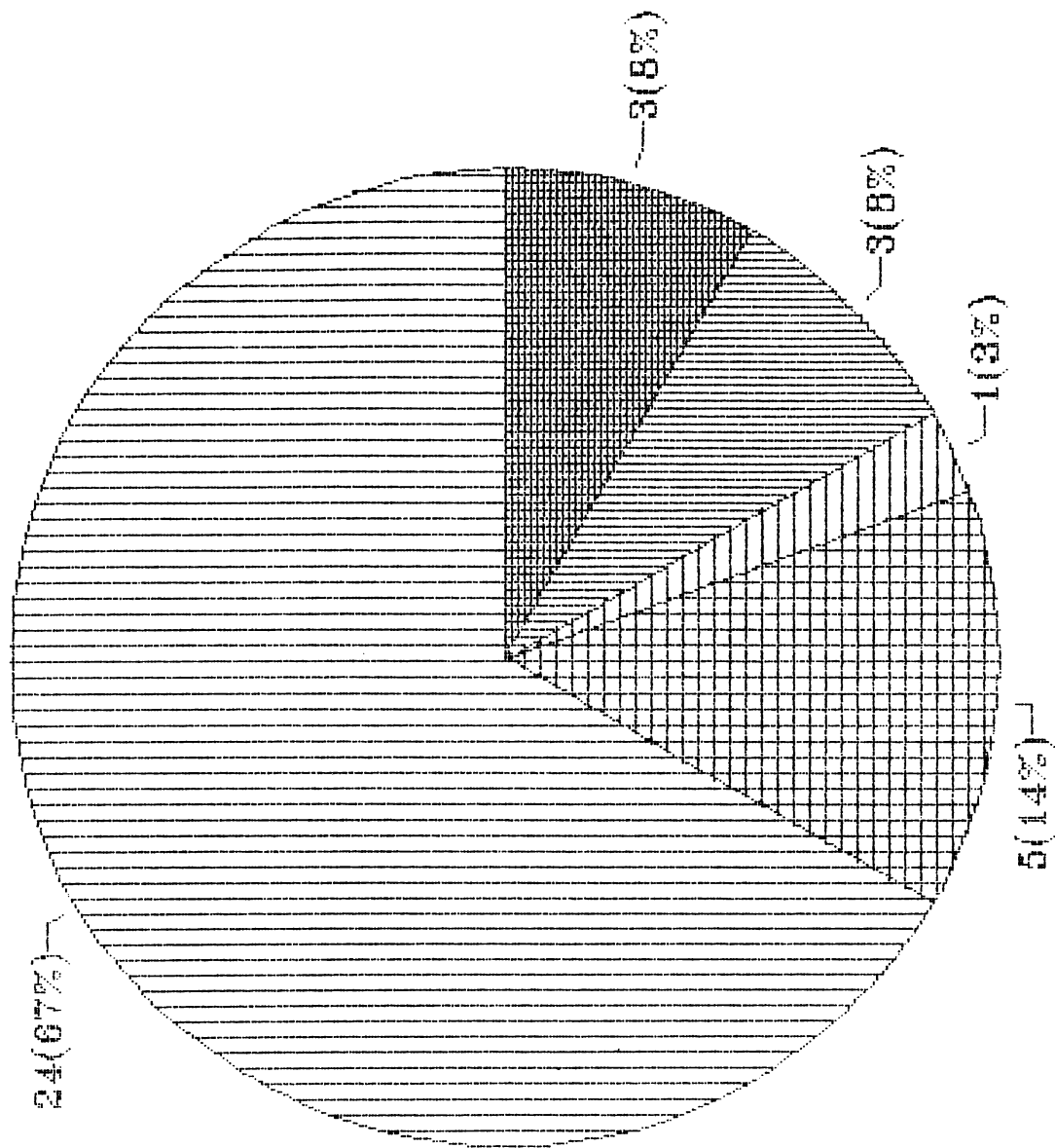
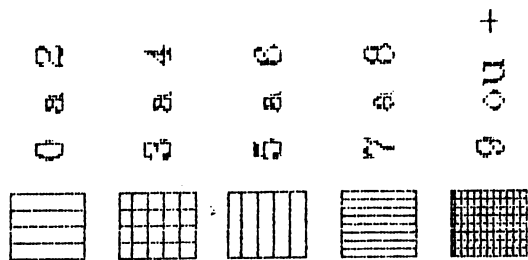


GRÁFICO SETORIAL NO 4 - RESULTADOS DA APLICACÃO DA FICHA NO 2. ÍTEM II INDORVDNTETECTADA

IDADE EM QUE DEU INICIO A TRATAMENTO ESPECIALIZADO

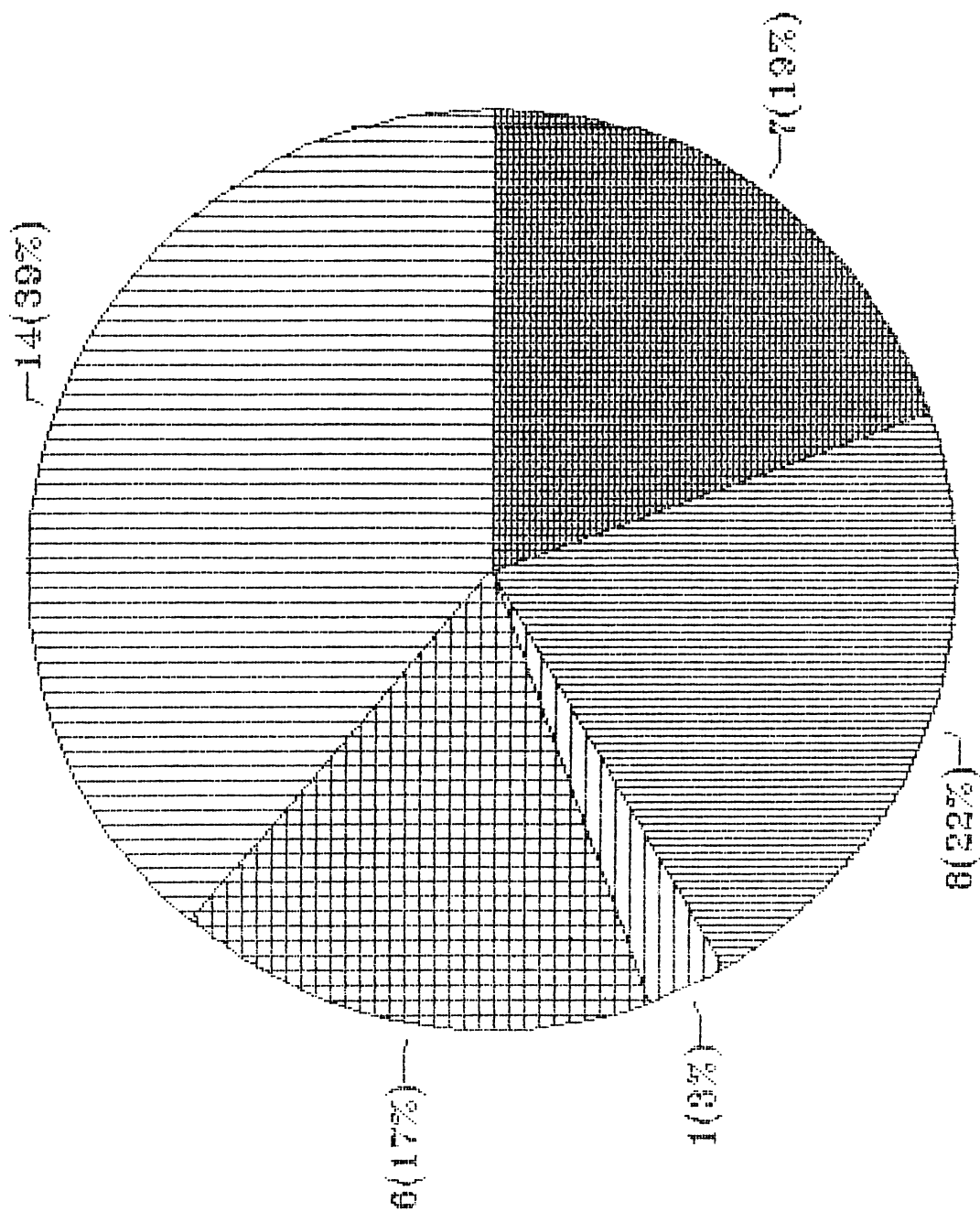
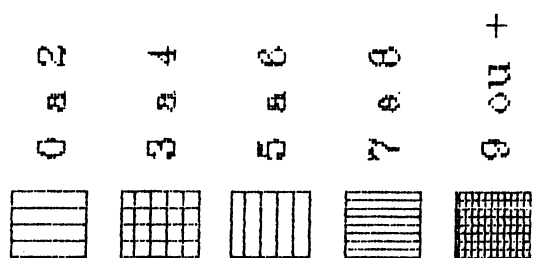


GRÁFICO SETORIAL Nº 5 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2, ÍTEM III, IDADE TRATAMENTO

IDADE EM QUE O DEFIC. MENTAL FOI
ENCAMINHADO A ESCOLA

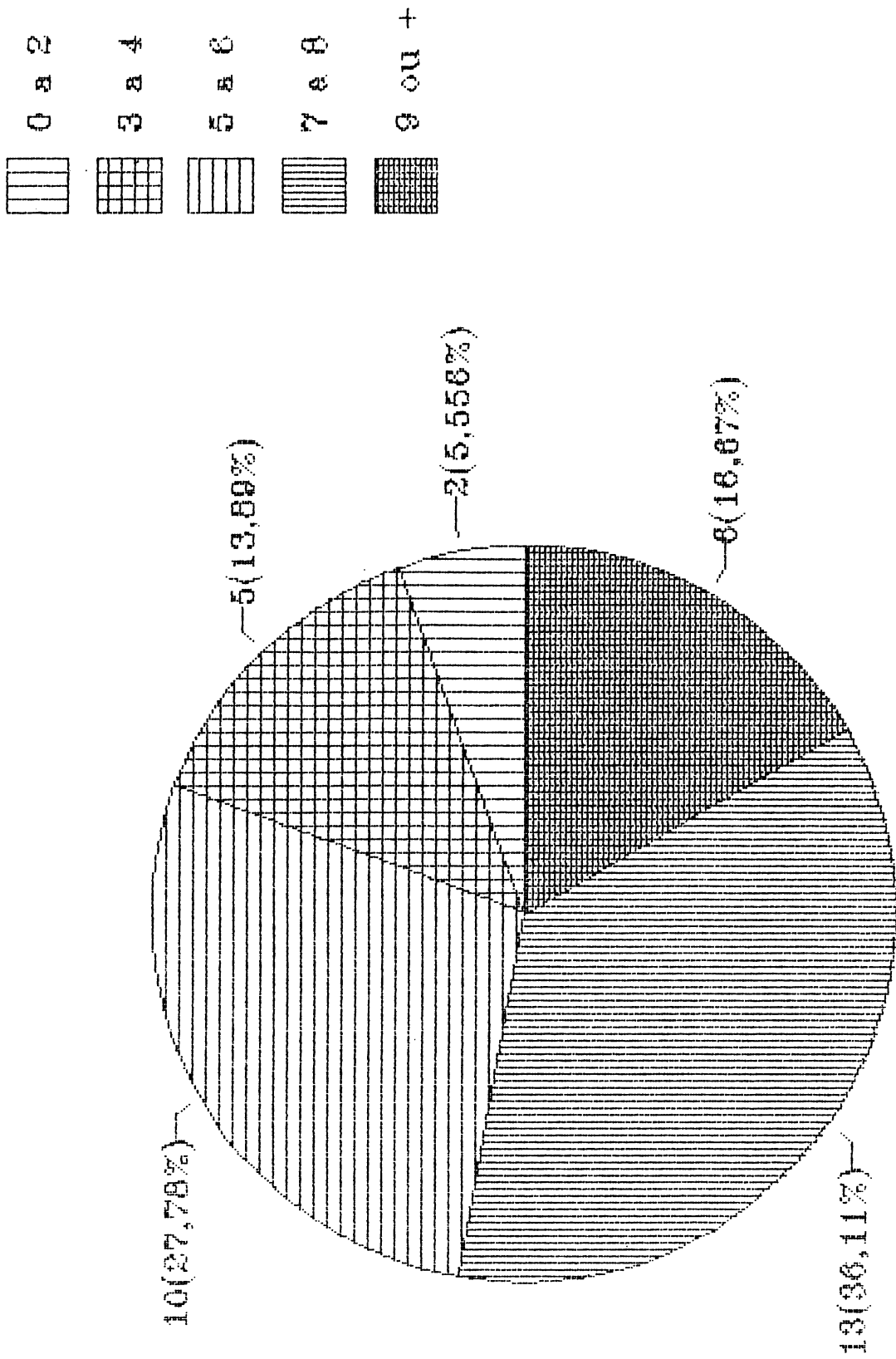


GRÁFICO SETORIAL Nº 6 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2, ÍTEM IV, IDADE/ENCAMINHAMENTO

RENDA FAMILIAR EM SALARIO MINIMO

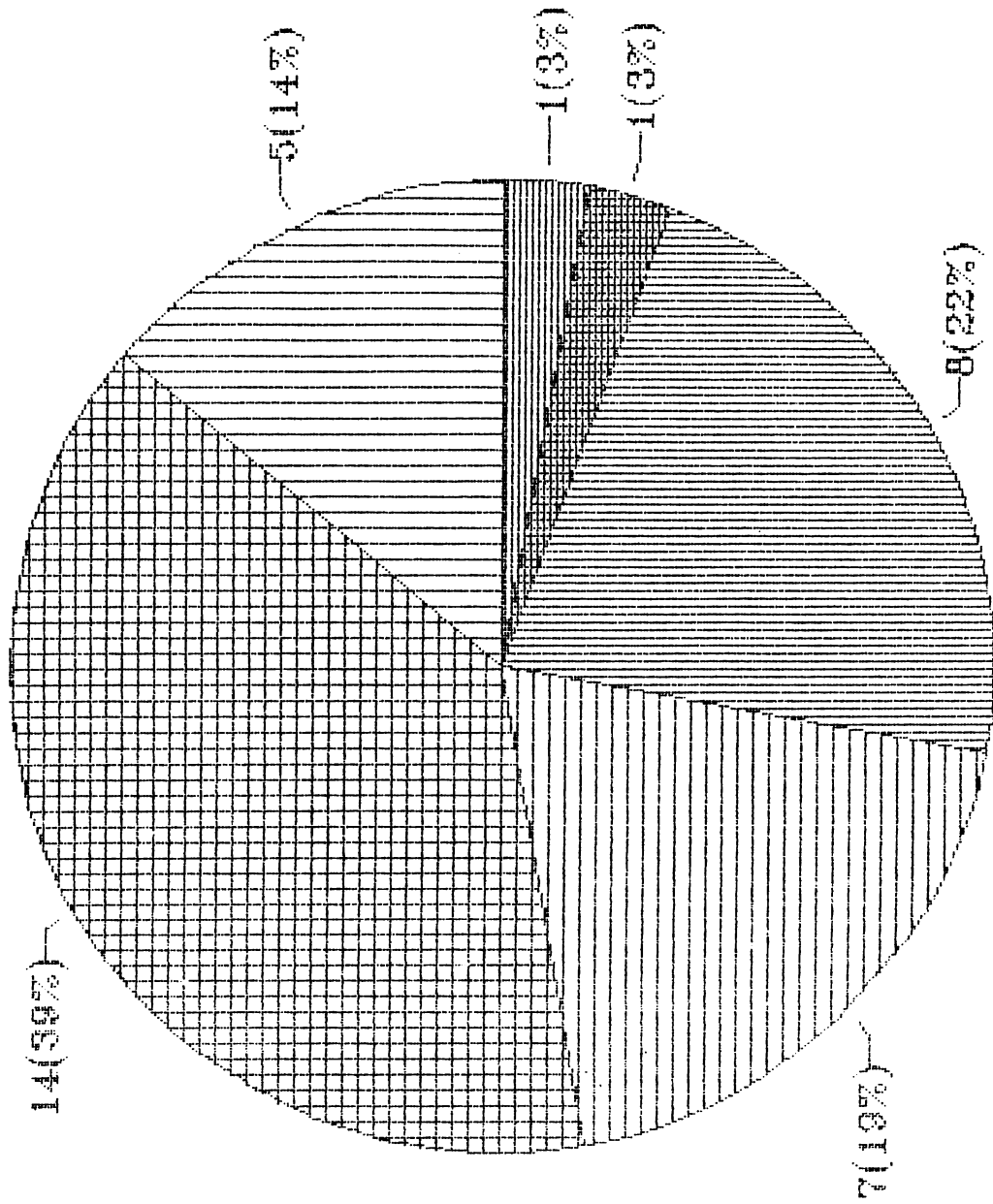
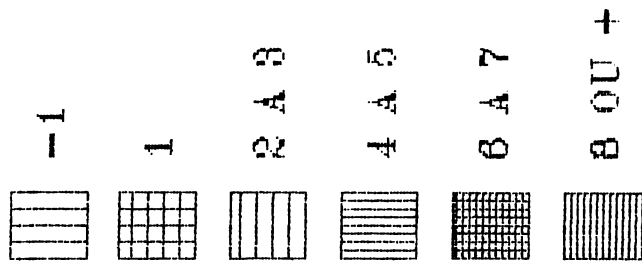


GRÁFICO SETORIAL Nº 7 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2, ÍTEM V, RENDA FAMILIAR

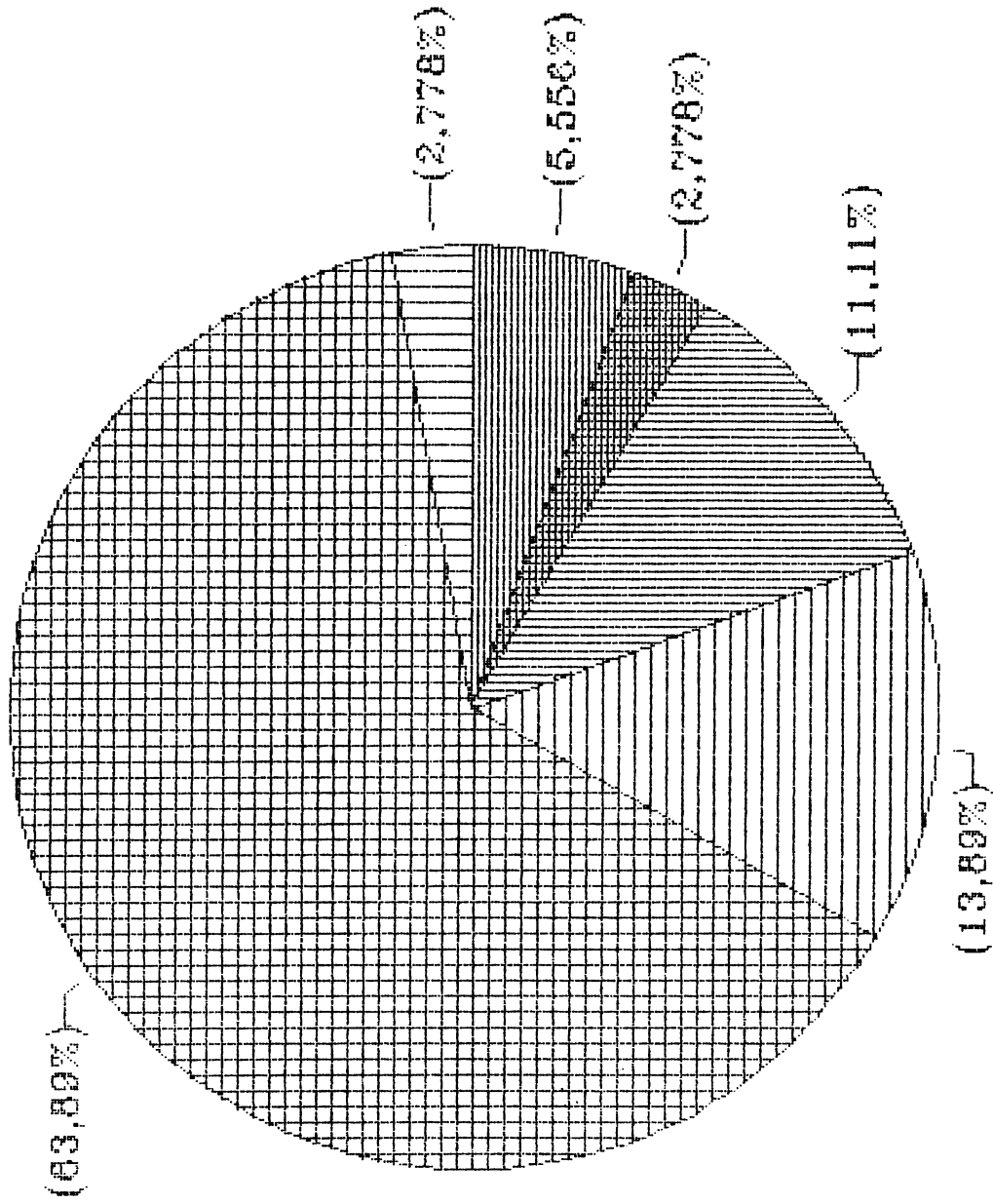
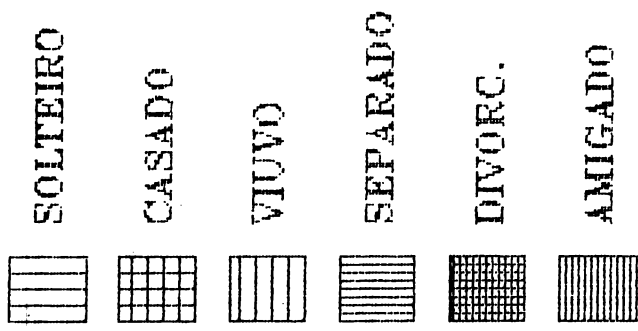


GRÁFICO SETORIAL Nº 8 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2, ÍTEM VI, ESTADO CIVIL

IDADE DOS PAIS QUANDO A CRIANÇA NASCEU

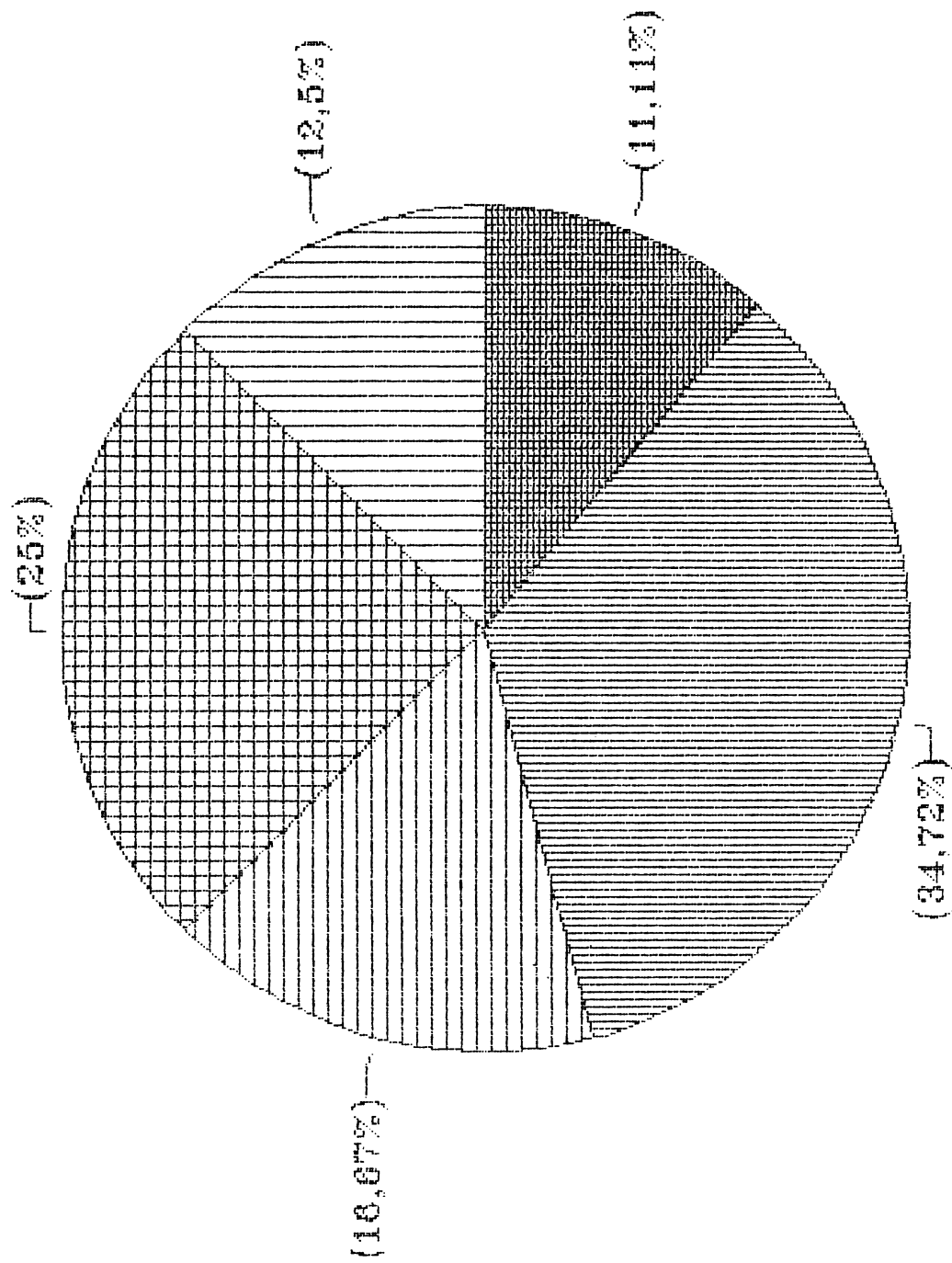
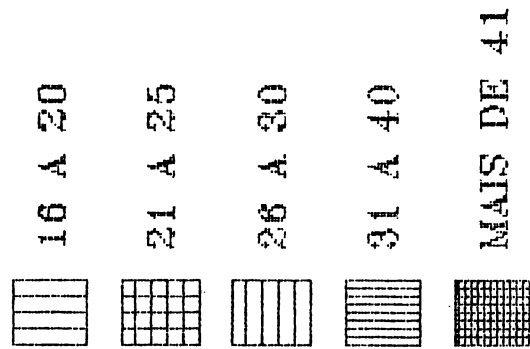


GRÁFICO SETORIAL Nº 9 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2, ÍTEM VII, IDADE/NASCIMENTO

COM QUEM A CRIANÇA RESIDE

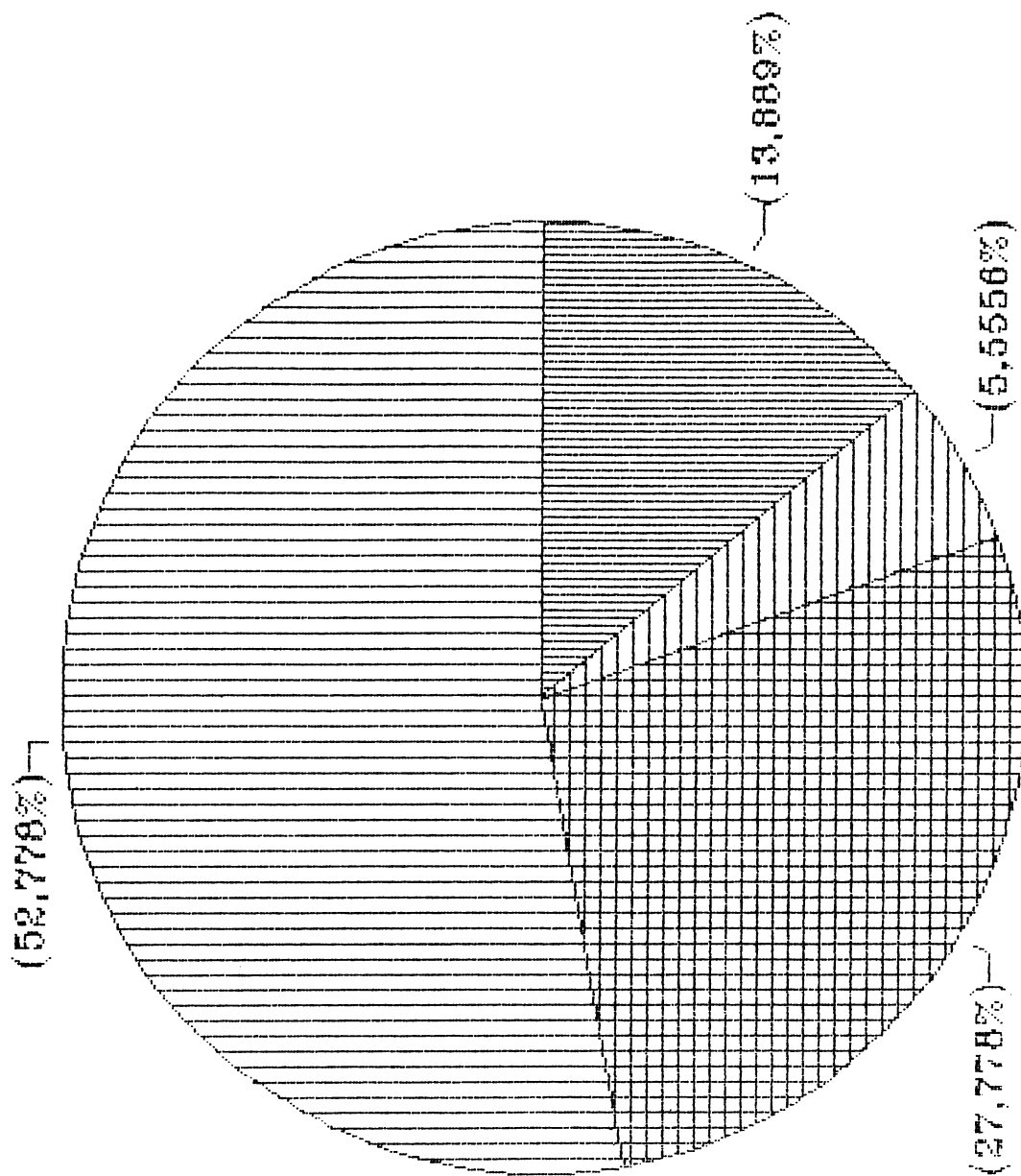
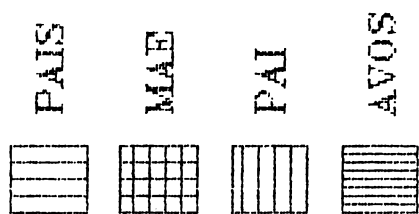


GRÁFICO SETORIAL Nº 10 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA FICHA Nº 2, ÍTEM VIII, C/QUEM RESIDE

2.3 RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS EM 36 CRIANÇAS, DE AMBOS OS SEXOS, ENTRE 8-17 ANOS, PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL MODERADA DA ESCOLA PROF. EVA T.A. CAVANI, DE PARANAGUÁ.

Os resultados da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, após tabulação e operacionalização estatística da população pesquisada, apresentaram as seguintes informações, por áreas do Teste conforme Quadros, Gráficos Setoriais Projetivos e exemplos Histográficos, em anexo.

2.3.1 I - Comportamentos de Pré-locomção e andar (Gráfico Setorial nº 11)

Do total da população pesquisada: 30,56 % não apresentam problemas na área; 1,58 % apresentam comportamentos não seguros, ou defeituosos; 1,45 % demonstram os comportamentos solicitados, mas com alguma dificuldade e 2,38 % e 64,02 % são capazes de demonstrar correta e perfeitamente as condutas solicitadas, respectivamente.

2.3.2 II - Variações na Locomção

Do total da população pesquisada: 26,09 % não apresentam problemas na área; 12,32 % apresentam comportamentos inseguros, ou defeituosos; 8,45 % demonstram os comportamentos solicitados mas com algumas dificuldades e, 17,63 % e 35,51 % são capazes de demonstrar correta e perfeitamente as condutas solicitadas, respectivamente.

2.3.3 III - Movimentos qualitativos (Gráfico Setorial nº 13)

Nesta área que compreende movimentos associados, sincinias, plano motor, assimetrias e integração corporal, verificamos que do total da população pesquisada: 63,83 % apresenta problemas na área; 0,52 % apresentam comportamentos inseguros, ou defeituosos; 1,91 % demonstram o comportamento solicitado, mas com algumas dificuldades e, 6,60% e 27,23% são capazes de demonstrar correta e perfeitamente as condutas solicitadas, respectivamente.

2.3.4 IV - Intercepção de Bolas (Gráfico Setorial nº 14)

Nesta área, 14,52 % da população-alvo apresenta problemas, 3,66% apresentam comportamentos inseguros ou defeituosos ; 4,41% demonstram o comportamento solicitado, mas com algumas dificuldades e 32,58% e 44,82% são capazes de demonstrar correta, e perfeitamente as condutas solicitadas, respectivamente.

2.3.5 V - Arremesso de Bolas com Impulso (Gráfico Setorial nº 15)

Nesta área, 41,51% da população pesquisada apresentam problemas, 3,39% apresentam comportamentos inseguros ou defeituosos; 6,94 % demonstram o comportamento solicitado, mas com algumas dificuldades e 15,28 % e 32,87 % são capazes de demonstrar, correta e perfeitamente as condutas solicitadas, respectivamente.

2.3.6 VI - Habilidades para segurar raquete e bastão de madeira (Gráfico Setorial nº 16)

Nesta área, 26,34% da população pesquisada, apresentam problemas; 13,27 % apresentam comportamentos inseguros ou defeituosos, 12,85% demonstram o comportamento solicitado, mas com algumas dificuldades e 49,17 % são capazes de demonstrar corretamente as condutas solicitadas.

2.3.7 VII - Qualidades de atenção (Gráfico Setorial nº 17)

Nesta área, as qualidades de atenção ativa e passiva , bem como a concentração e persistência, apresentaram em 65,17 % das crianças pesquisadas com problemas na área e 34,82% capazes de executar perfeitamente as condutas solicitadas.

2.3.8 VIII- Qualidades cognitivas conceituais (Gráfico Setorial nº 18)

As qualidades cognitivas conceituais deste item, apresentaram em 53,65 % da população pesquisada com problemas, e 46,35% capazes de demonstrar perfeitamente as condutas solicitadas.

2.3.9 IX - Linguagem (Gráfico Setorial nº 19)

Na área da Linguagem, 78,93 % das crianças pesquisadas , apresentam problemas e apenas 21,06 % são capazes de demonstrar

perfeitamente as condutas solicitadas.

2.3.10 X - Disfunções da Fala (Gráfico Setorial nº 20)

Na área de disfunções da fala, 90,17 % das crianças apresentam distúrbios e 9,82 % não tem problemas e são capazes de demonstrar perfeitamente as condutas solicitadas.

2.3.11 XI - Qualidades Sócio-emocionais (Gráfico Setorial nº 21)

As qualidades sócio-emocionais da população pesquisada, apresentou os seguintes resultados: 64,22% tem problemas e 35,77% não tem problemas, sendo capazes de demonstrar perfeitamente as condutas solicitadas.

2.3.12 XII - Funções Perceptivas (Gráfico Setorial nº 22)

As funções perceptivas das crianças pesquisadas, apresentam um 47,03% da população com distúrbios e um 52,96% sem problemas e capazes de demonstrar perfeitamente as condutas solicitadas.

Os resultados parciais, por idades (8-17 anos), de todos os participantes da pesquisa tanto para a Ficha nº 2, ítems I à VIII, quanto para o Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, ítems I à XII, são apresentados em Histogramas específicos, no anexo final, desta pesquisa.

QUADRO IV - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, POR ÍTENS, TABELA DE AVALIAÇÃO E IDADES, EM PERCENTAGENS MATEMÁTICOS

GRÁFICOS SETORIAIS N^{os} 11 à 22 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ÍTENS I à XII

QUADRO IV - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, POR ÍTENS, TABELA DE AVANÇAMENTO E IDADES, EM PORCENTAGENS MATEMÁTICAS

ÍTENS DO TESTE	RESULTADO EM %														
	8 ANOS				9 ANOS				10 ANOS						
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
I	30,16	-	3,17	1,59	65,08	28,57	3,17	1,59	-	66,67	28,57	-	2,38	4,76	64,29
II	40,58	14,49	11,59	8,70	24,64	24,64	10,14	4,35	20,29	40,58	23,92	13,04	8,69	30,43	23,92
III	60,42	-	2,08	8,33	29,17	66,67	2,08	2,08	4,17	25,00	65,62	-	-	6,25	28,13
IV	33,94	4,55	3,03	40,90	18,18	25,76	-	9,09	34,85	30,30	6,82	-	-	13,64	79,54
V	57,41	3,70	5,56	11,11	22,22	42,60	3,70	5,56	24,07	24,07	27,78	-	16,67	13,88	41,67
VI	50,00	8,33	13,89	27,78	-	30,55	-	16,67	52,78	-	25,00	-	4,17	70,83	-
VII	69,23	-	-	-	30,77	58,97	-	-	-	41,03	65,38	-	-	-	34,62
VIII	56,14	-	-	-	43,86	50,88	-	-	-	49,12	60,53	-	-	-	39,47
IX	72,22	-	-	-	27,78	77,78	-	-	-	22,22	62,50	-	-	-	37,50
X	94,87	-	-	-	5,13	92,31	-	-	-	7,69	80,77	-	-	-	19,23
XI	61,33	-	-	-	38,67	57,33	-	-	-	42,67	62,00	-	-	-	38,00
XII	44,44	-	-	-	55,56	48,89	-	-	-	51,11	43,33	-	-	-	56,67
MÉDIA EM %	55,89	2,58	3,27	8,20	30,08	50,41	1,59	3,27	11,34	33,37	41,51	1,08	2,65	11,64	43,12

QUADRO IV - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, POR ÍTENS, TABELA DE AVALIAÇÃO E IDADES, EM PORCENTAGENS MATEMÁTICAS

RESULTADO EM % ÍTENS DO TESTE	11 anos												12 anos				13 anos														
	0				1				2				3				4														
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2
I	30,95	1,19	1,19	7,14	59,53	29,76	2,38	1,19	2,38	64,29	2,38	4,76	33,33	-	4,76	-	61,91														
II	42,39	14,13	11,96	8,69	22,83	18,48	8,69	10,87	23,91	38,05	21,74	13,04	13,04	13,04	13,04	13,04	30,44														
III	64,06	-	3,12	12,50	20,32	65,50	1,56	3,12	6,25	26,57	56,25	6,25	6,25	6,25	6,25	21,25															
IV	23,86	3,41	12,50	26,14	34,09	13,64	6,82	3,40	38,64	37,50	4,55	-	4,55	-	77,27	18,18															
V	50,00	5,55	8,33	16,67	19,45	29,17	4,16	13,88	27,78	25,00	50,00	-	50,00	-	22,23	27,77															
VI	33,33	10,41	16,67	39,58	-	27,08	2,08	10,42	60,42	-	16,67	-	16,67	-	58,33	25,00	-														
VII	63,46	-	-	-	36,54	61,54	-	-	-	38,46	76,92	-	76,92	-	-	23,08															
VIII	52,26	-	-	-	44,74	50,00	-	-	-	50,00	57,89	-	57,89	-	-	42,11															
IX	81,25	-	-	-	18,75	81,25	-	-	-	18,75	66,67	-	66,67	-	-	33,33															
X	96,15	-	-	-	3,85	82,69	-	-	-	17,31	76,92	-	76,92	-	-	23,08															
XI	64,00	-	-	-	36,00	60,00	-	-	-	40,00	48,00	-	48,00	-	-	52,00															
XII	45,00	-	-	-	55,00	46,67	-	-	-	53,33	46,67	-	46,67	-	-	53,33															
MÉDIA EM %	53,89	2,89	4,48	9,22	29,25	47,14	2,14	3,57	13,28	34,10	46,30	1,08	46,30	7,59	11,98	32,20															

QUADRO IV - RESULTADOS GERAIS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, POR ÍTENS, TABELA DE AVALIAÇÃO E IDADES, EM PERCENTAGENS MATEMÁTICAS

RESULTADO EM % ÍTENS DO TESTE	17 anos				
	0	1	2	3	4
I	33,33	2,72	0,69	2,04	61,22
II	16,77	13,67	8,07	19,25	42,24
III	60,71	-	1,79	7,14	30,36
IV	5,84	6,49	3,90	28,58	55,19
V	43,65	3,17	4,77	11,11	37,30
VI	17,85	4,76	9,52	67,86	-
VII	69,23	-	-	-	30,77
VIII	54,14	-	-	-	45,86
IX	82,14	-	-	-	17,86
X	95,60	-	-	-	4,40
XI	70,28	-	-	-	29,72
XII	43,81	-	-	-	56,19
MÉDIA EM %	49,44	2,56	2,39	11,11	34,25

I - COMPORTAMENTOS DE PRE-LOCOMOÇÃO E ANDAR

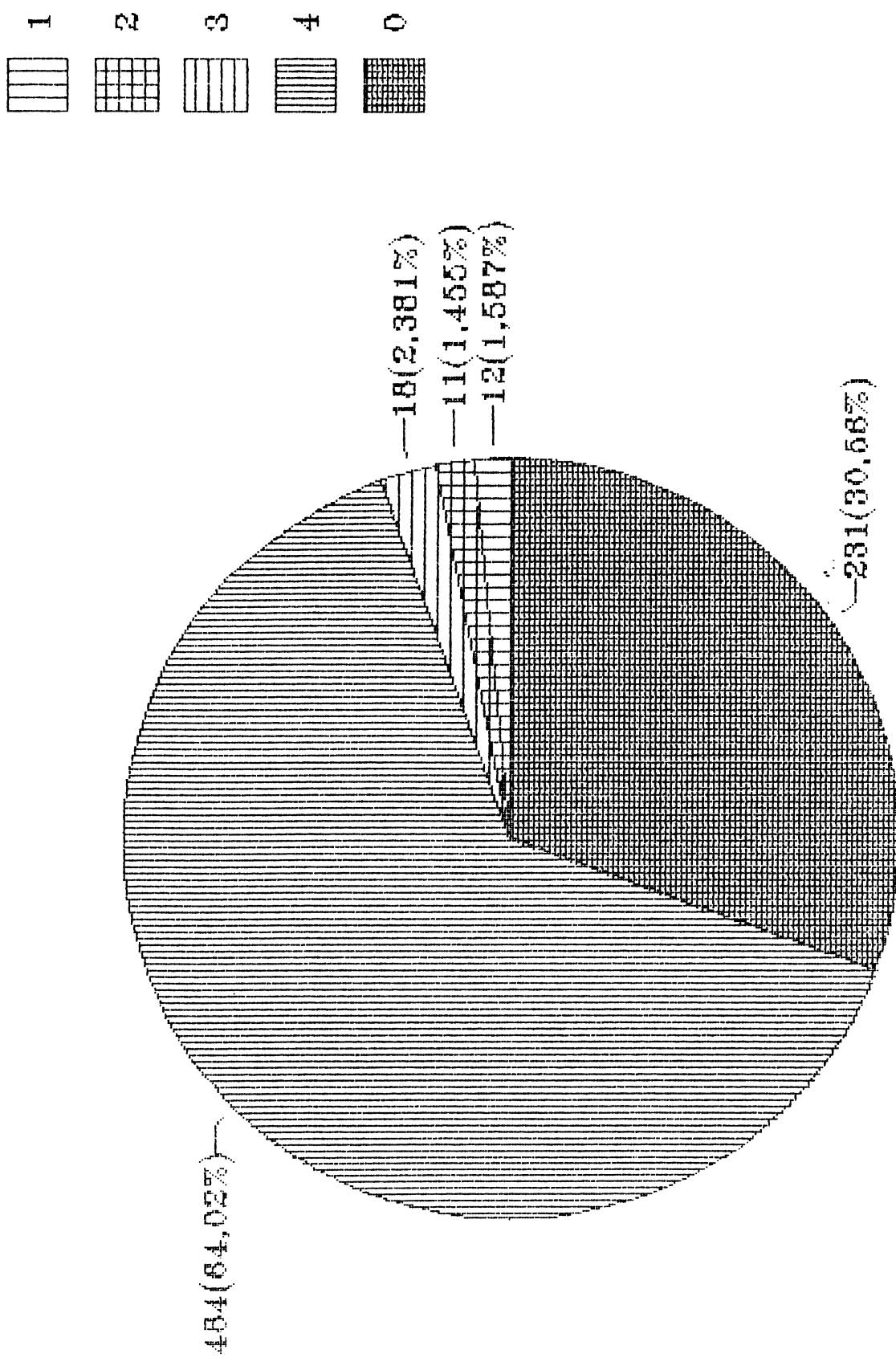


GRÁFICO SETORIAL Nº 11 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS;
ÍTEM I.

II- VARIACOES NA LOCOMOÇÃO

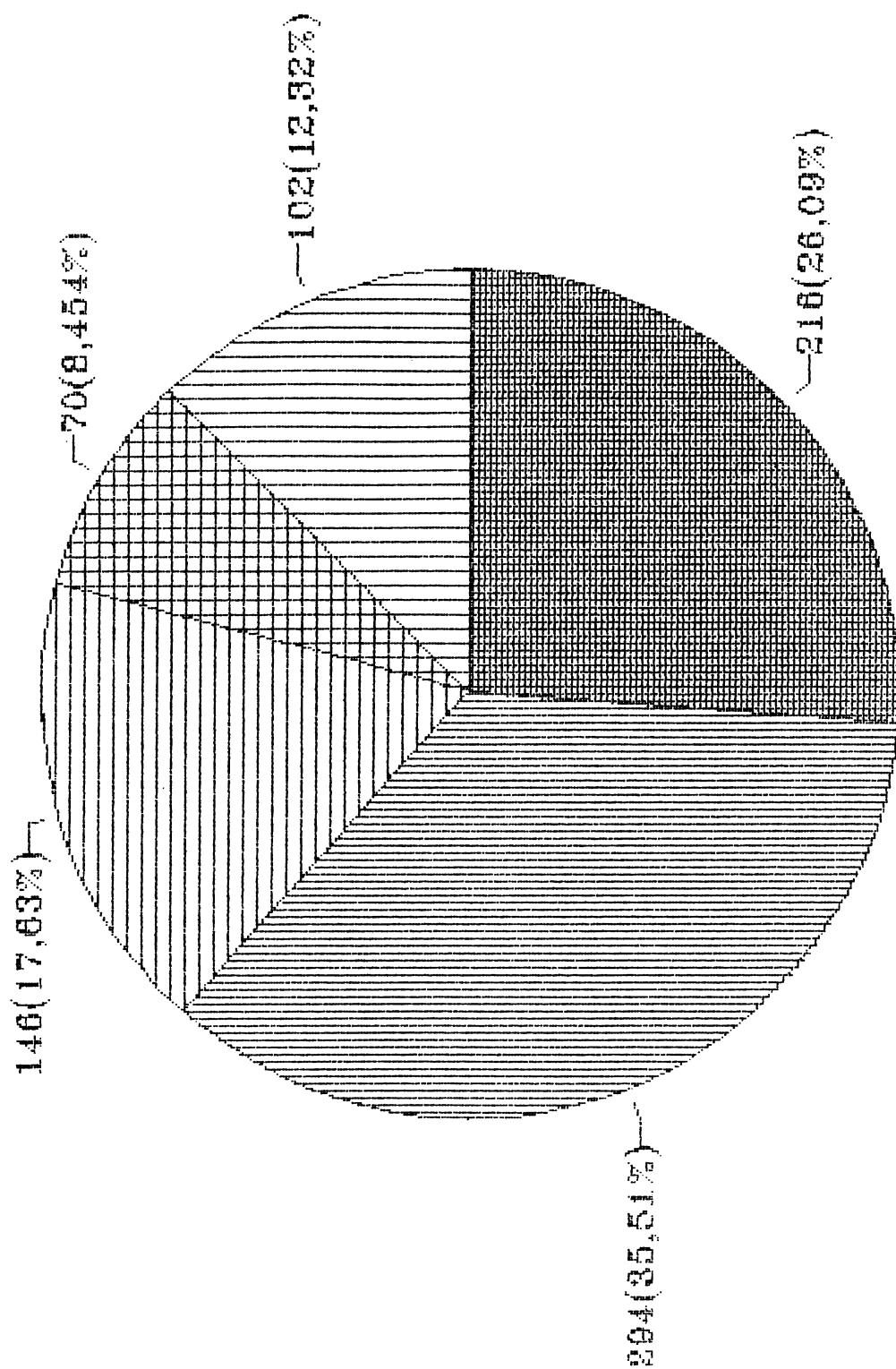
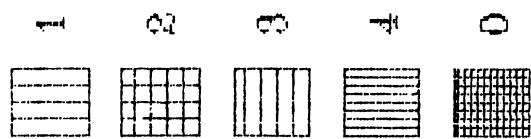


GRÁFICO SETORIAL Nº 12 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ÍTEM II.

III - MOVIMENTOS QUALITATIVOS

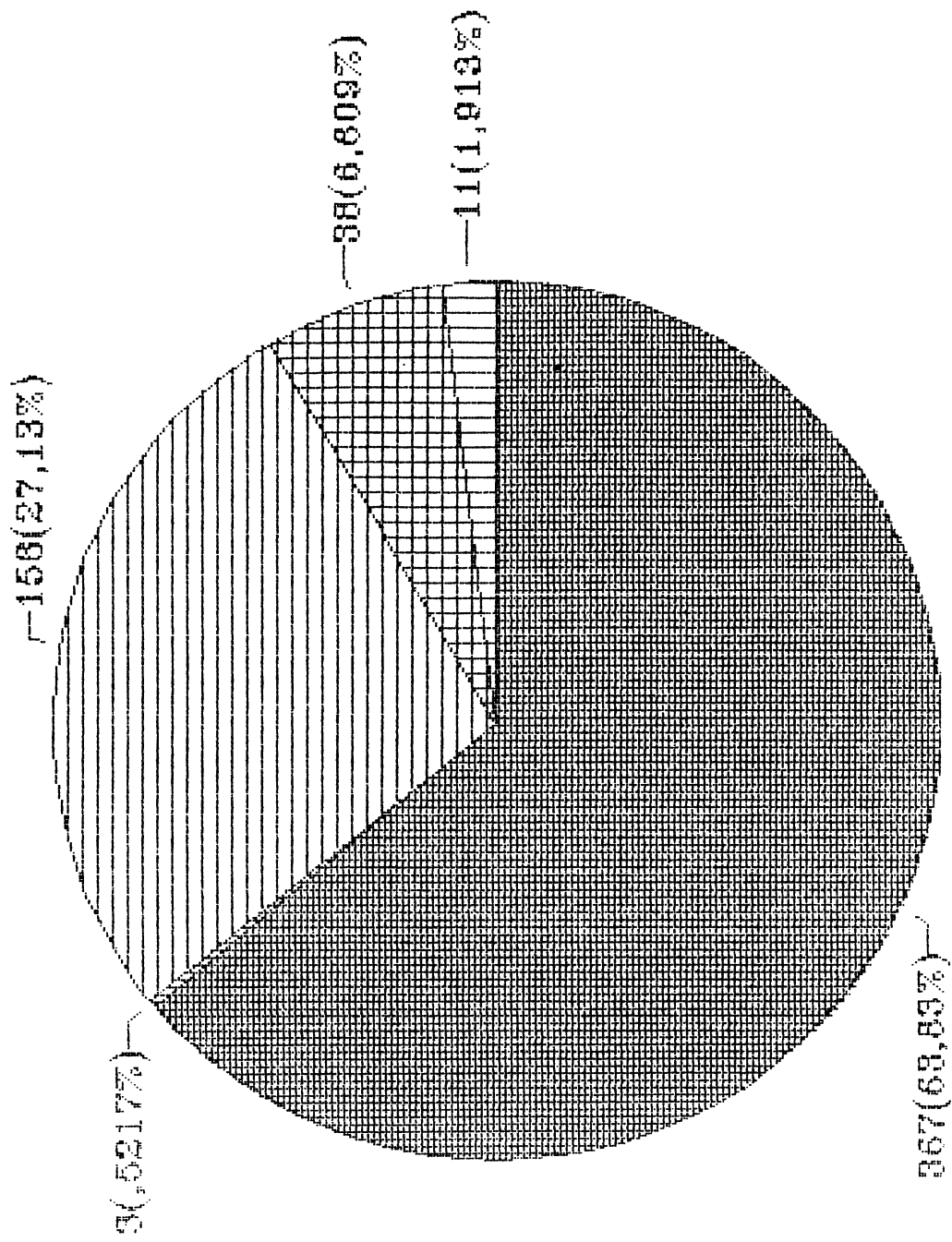
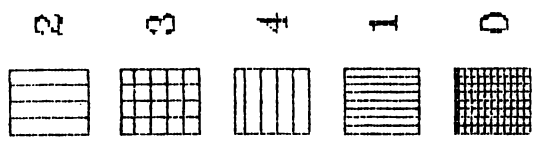


GRÁFICO SETORIAL Nº 13 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ÍTEM III.

IV - INTERCEPCAO DE BOLAS

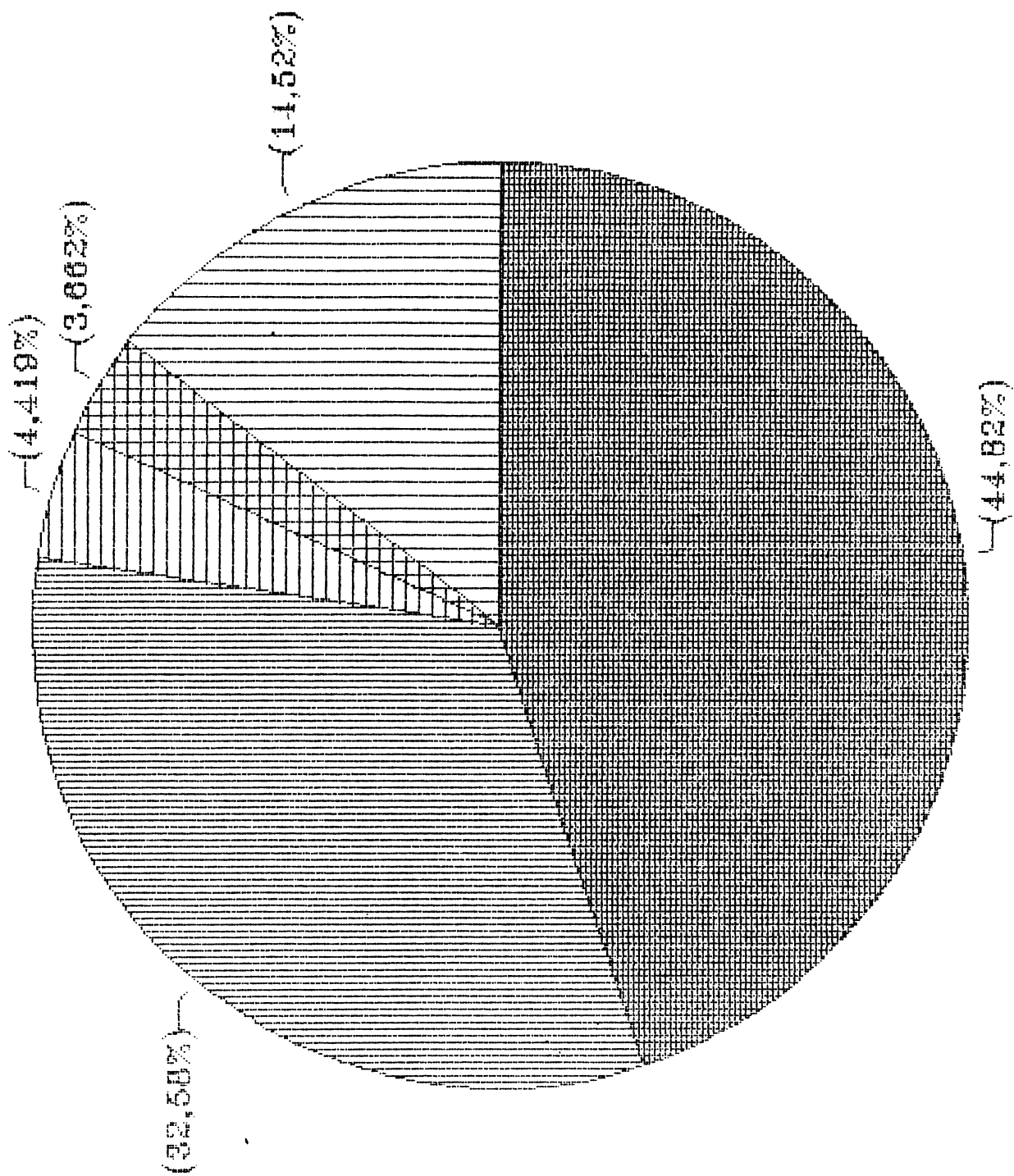
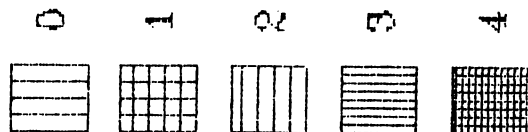


GRÁFICO SETORIAL Nº 14 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ÍTEM IV.

V- ARREMESSO DE BOLAS COM IMPULSO

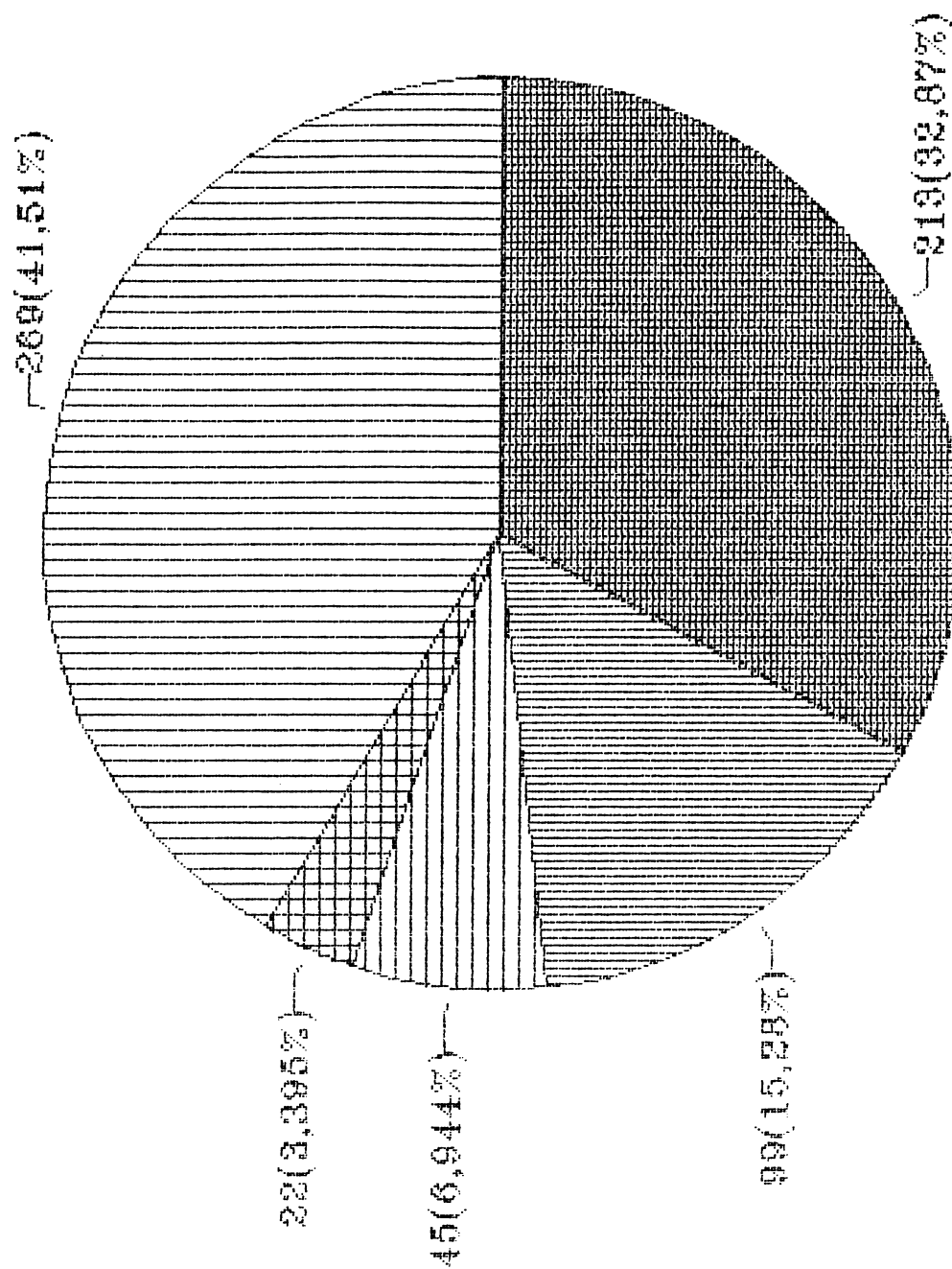


GRÁFICO SETORIAL Nº 15 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J.MELCHERTS, ÍTEM V.

VI- HABILIDADES P/ SEGURAR RAQUETE E BASTAO DE MADEIRA

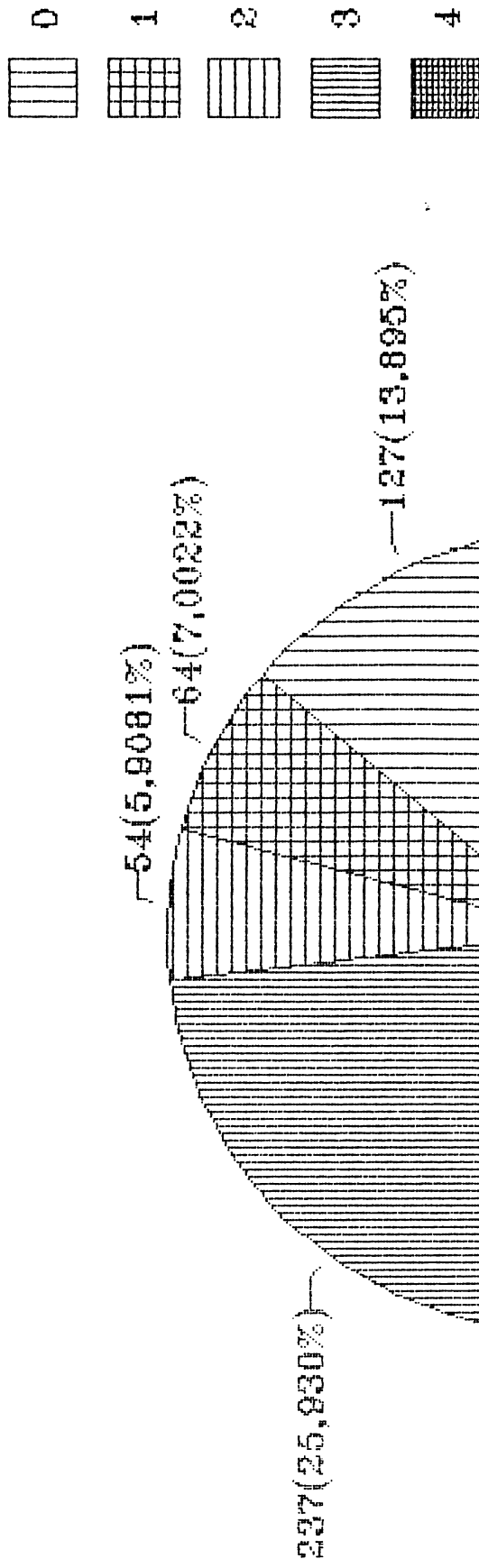


GRÁFICO SETORIAL Nº 16 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J.MELCHERTS, ÍTEM VI.

VII- QUALIDADES DE ATENCAO

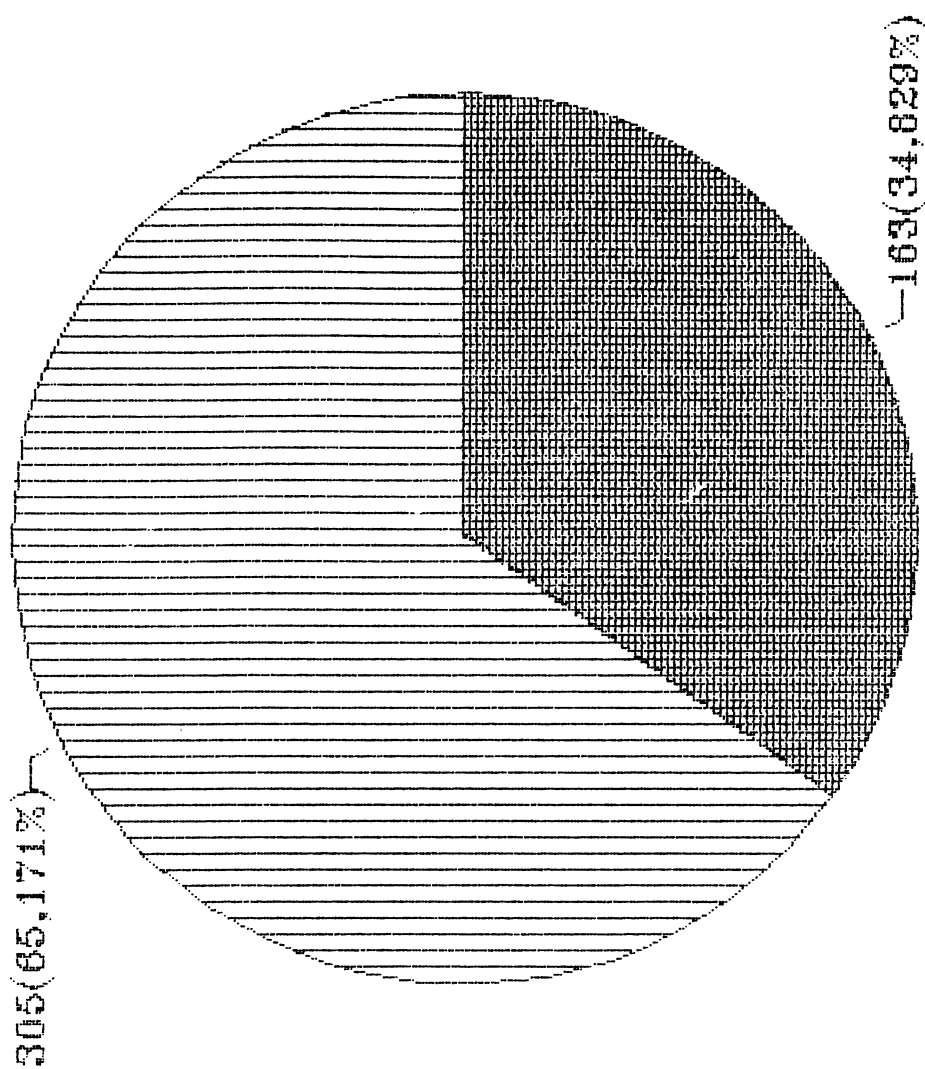
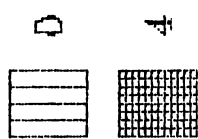


GRÁFICO SETORIAL Nº 17 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J.MELCHERTS, ÍTEM VII.

VIII- QUALIDADES COGNITIVAS CONCEITUAIS

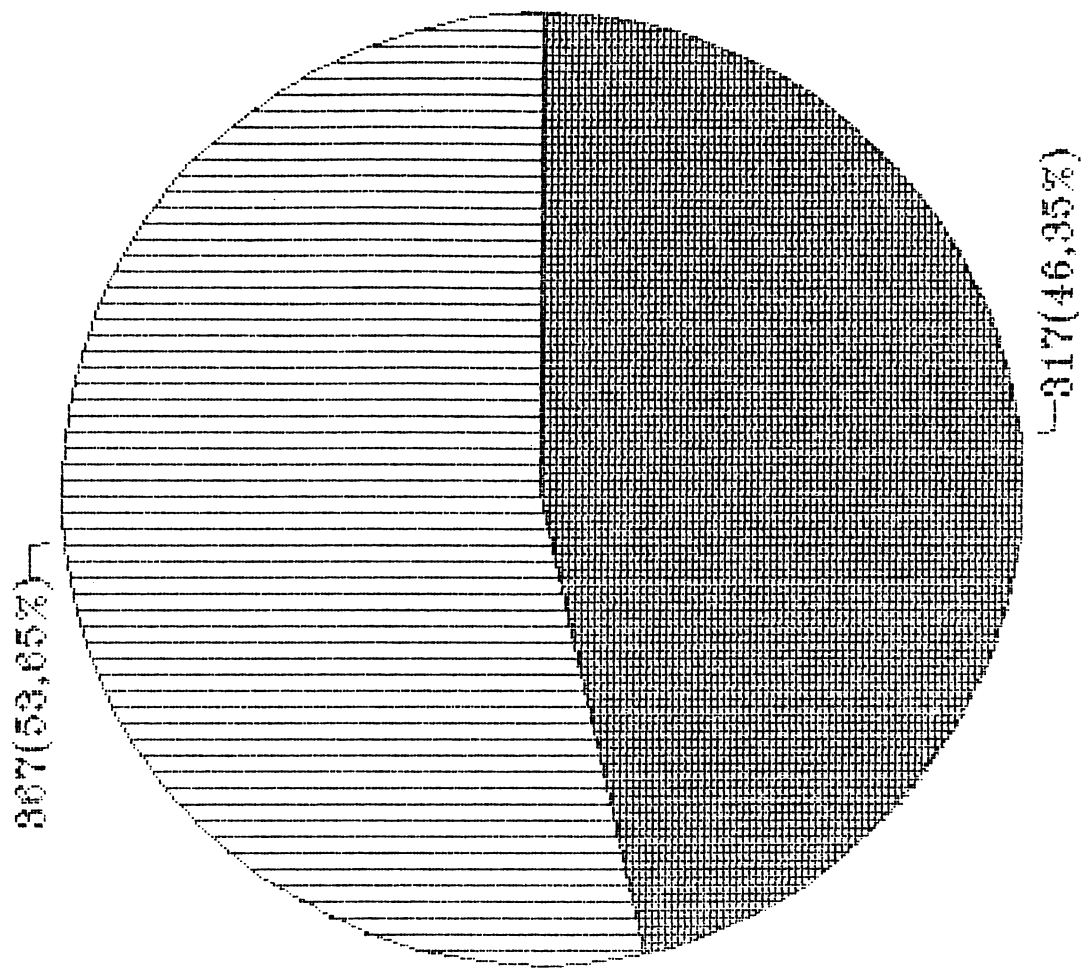
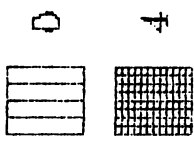


GRÁFICO SETORIAL Nº 18 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J.MELCHERTS, ÍTEM VIII.

IX- LINGUAGEM

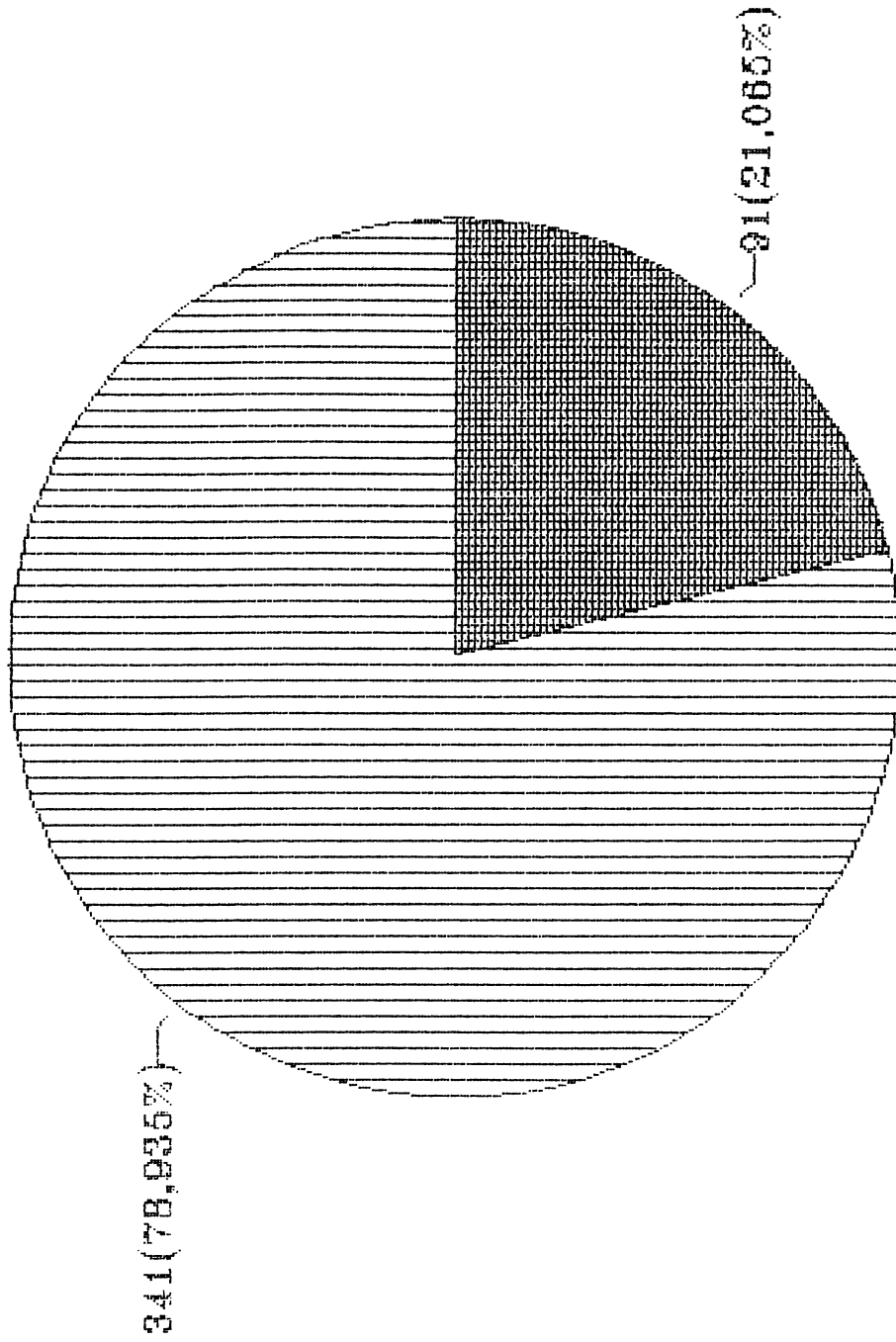
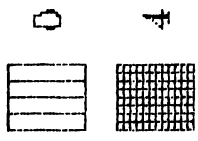


GRÁFICO SETORIAL Nº 19 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ITEM IX.

X- DISFUNCOES DA FALA

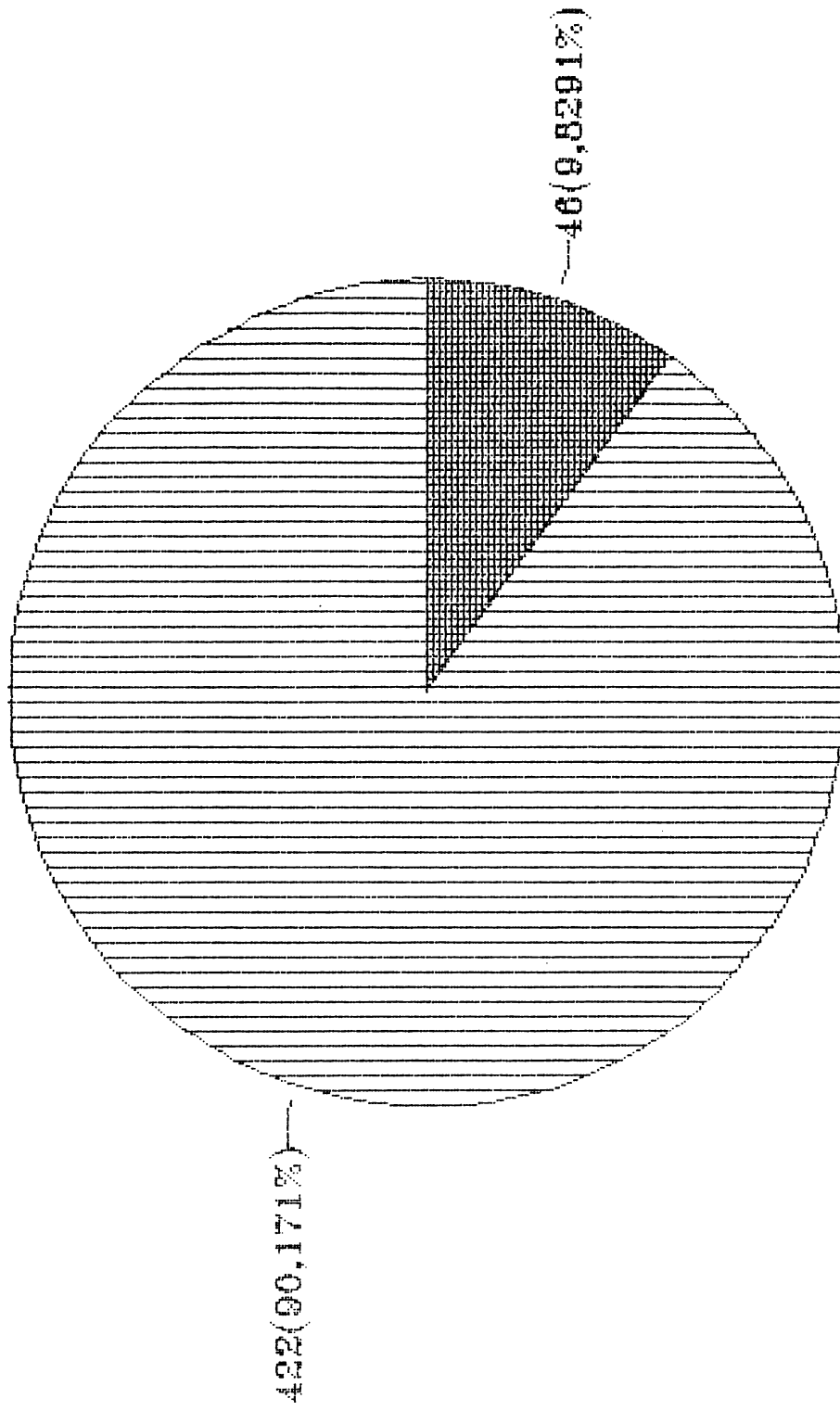
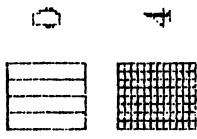


GRÁFICO SETORIAL Nº 20 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ÍTEM X.

XI-- QUALIDADES SOCIO-EMOCIONAIS



D



4

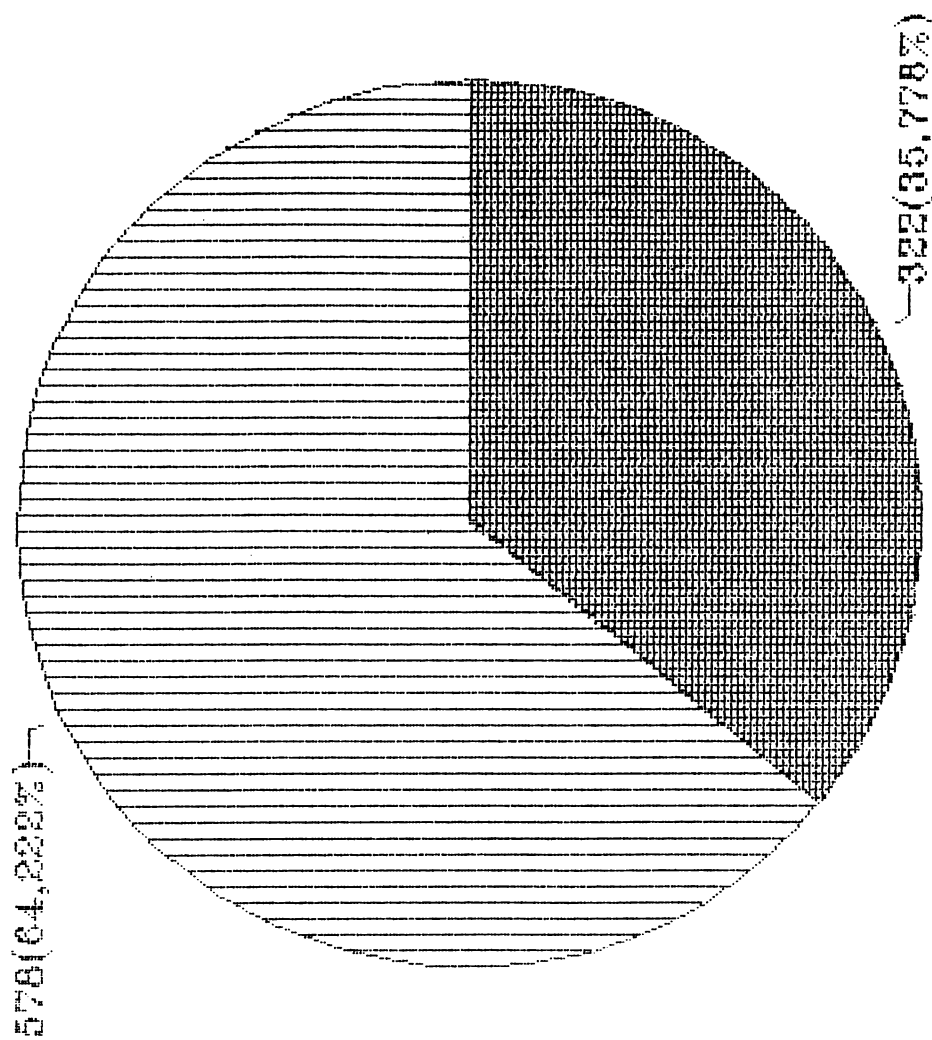
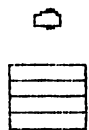


GRÁFICO SETORIAL Nº 21 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J.MELCHERTS, ÍTEM XI.

XII- FUNCOES PERCEPTIVAS

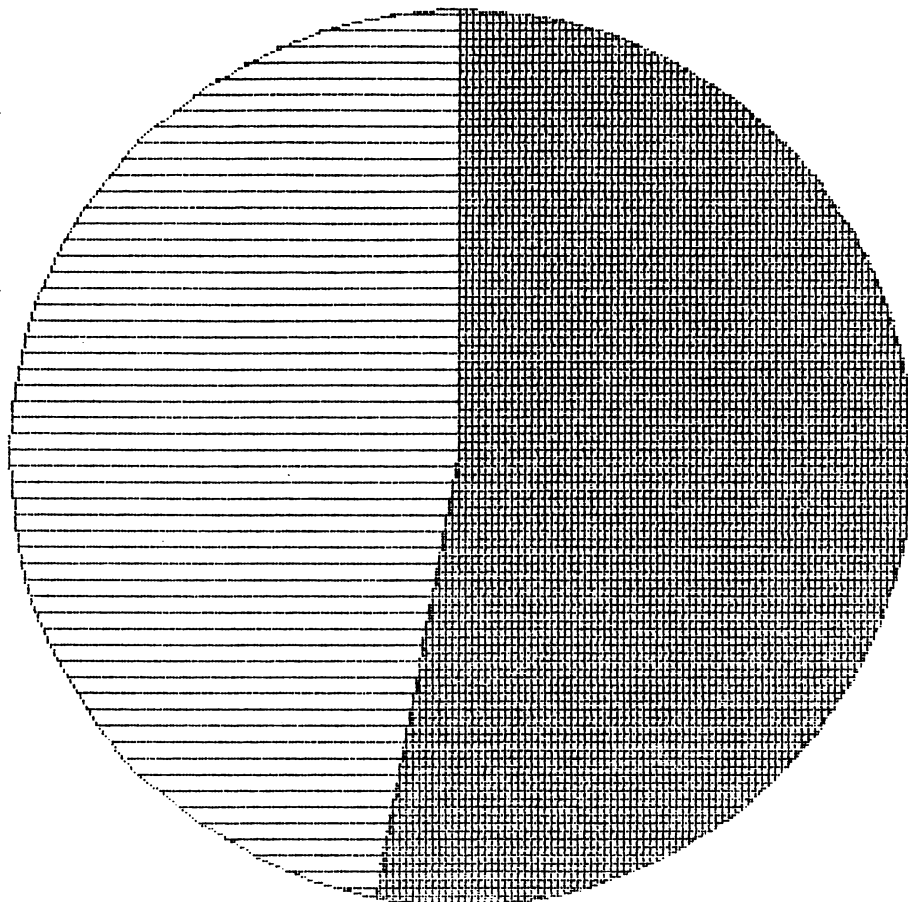


D



4

254(47,037%)



286(52,963%)

GRÁFICO SETORIAL Nº 22 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J.MELCHERTS, ÍTEM XII.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados da pesquisa, após aplicação dos instrumentos operacionais em 36 crianças, de ambos os sexos, entre 8 -17 anos, portadoras de Deficiência Mental Moderada, alunos da Escola Municipal Eva T. A. Cavani, de Paranaguá, Paraná, são altamente fidedignos, significativos, claros e elucidatórios para com os propósitos, pressupostos e hipóteses deste trabalho experimental de campo. Assim sendo, abordaremos sua discussão na mesma ordem de apresentação dos resultados estatísticos da pesquisa, ou seja, por resultados da Ficha nº 1 (de Levantamento Estatístico de Informações, sob aplicação de Testes Normativos, na população pesquisada, por equipe multiprofissional especializado). Ficha nº 2 (de levantamento estatístico das informações sociais, econômicas e das causas da Deficiência Mental, da população pesquisada) e do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS.

3.1 Os resultados da aplicação da Ficha nº 1, demonstram que das 36 crianças avaliadas por equipe multiprofissional especializada, através dos Testes Normativos, apenas 50% tiveram seu encaminhamento a classes de Educação Especial por meio de Testes específicos com Laudos. Os outros 50% foram encaminhados, sem teste, o que no mínimo, é uma falta ético-profissional grave. Por outro lado, áreas como as da Psicologia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia com índices de abstenção de aplicação de testes de 97% ; 55% e 52% respectivamente, atestam numericamente os perigos que representam para as crianças, acima citadas, no ato de triagem e encaminhamentos específicos ao sistema de Educação Especial.

3.2 Os resultados da aplicação da Ficha nº 2, demonstra que 47,2% das causas da Deficiência Mental Moderada é de origem desconhecida e 25% pela Síndrome de Down. Os menores índices 2,78% recaíram na prematuridade, meningite, traumas e epilepsia e por incompatibilidade sanguínea, dos pais entrevistados.

A idade em que foi detectada a Deficiência Mental Moderada, foi entre 0 e 2 anos, com um índice de 67%, vindo a seguir,

o índice de 3 à 4 anos, com 14% que, em geral, para os padrões da OMS (Organização Mundial de Saúde) para América Latina, ambos índices são aceitáveis.

O Tratamento Especializado, apresenta sua maior frequência entre 0 à 2 anos de idade, com 39%. Agora, entre 5 e 9 ou mais anos de idade, encontramos uma somatória parcial de 44 % de encaminhamentos para tratamento especializado, que para os padrões clínicos contemporâneos é tardio e perigoso.

O encaminhamento a Escolas Especiais ou instituições similares, também é desalentador, pois entre 0 e 2 anos de idade 6% é encaminhado, e entre 3 à 8 anos, 78% das crianças portadoras de Deficiência Mental Moderado, começam a receber algum tipo de atenção especializada.

Na situação sócio-econômica familiar, vemos que 39% dos entrevistados vivem com um salário mínimo vigente (março 1990) e outros 41%, vivem com 2 a 5 salários mínimos. Esse universo, é significativo, pois demonstra que além da doença atingir claramente a classe social baixa, à qual pertence, ainda esta tem que conviver com salários incompatíveis com a vida familiar.

No estado civil dos pais, vemos que a maioria dos entrevistados - 63,89% - são casados, e entre solteiros, viúvos, separados, divorciados e amigados, somam uma situação civil equivalente à 36,11%.

Os dados referentes à com quem a criança deficiente residia, demonstraram que uma maioria de 52,77% moram com os pais e outros 47,23% restantes, residem ou com o pai ou com a mãe ou a avó, respectivamente.

Finalmente, vemos que as estatísticas internacionais, quanto ao perigo do nascimento de crianças deficientes mentais em relação à idade dos pais, são compatíveis com os resultados da pesquisa, já que 34,72% tinham entre 31 a 40 anos quando geraram a criança e 11,11% eram maiores de 41 anos. Na mesma situação, compatíveis com as tendências de nascimento de bebês de risco, nessas faixas etárias de gestação.

3.3 Os resultados da aplicação do Teste Psicomotor de J.MELCHERTS, em 36 crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada por áreas, demonstram que, conforme os resultados estatís

ticos:

- a) nas áreas I e II, Comportamentos de Prê-locomoção e andar, e de Variações na Locomoção, em média 96,96 % e 79,23%, respectivamente, não apresentam problemas, específicos na área;
- b) na área III, Movimentos Qualitativos que compreende movimentos associados - sincinesias, plano motor, assimetrias e integração corporal, vemos que em média, 66,26% da população pesquisada apresentam problemas na área;
- c) na área IV, Intercepção de Bolas, vemos que em média 77,41% das crianças pesquisadas, são capazes de executar as condutas solicitadas, em contraste com a etapa anterior, onde os movimentos qualitativos exigem uma integração motora mais complexa do executante;
- d) nas áreas V - Arremesso de Bolas com Impulso e VI - Habilidades para segurar raquete e Bastão de Madeira se estabeleceu um equilíbrio nos comportamentos solicitados na pesquisa da população-alvo, pois os resultados de 51,84% e 52,46%, respectivamente, atestam a impossibilidade, dificuldade e insegurança dos Deficientes Mentais Moderados na execução das condutas testadas.
- e) na área VII - Qualidades de atenção, ficou em evidência que as 65,17% das crianças testadas apresentam problemas na área, dado que as qualidades de concentração e persistência, tanto ativa, quanto passiva, acha-se comprometida por causa da deficiência mental;
- f) na área VIII - Qualidades Cognitivas Conceituais, 53,65% da população pesquisada apresenta problemas na área;
- g) na área IX - Linguagem, o índice de 78,93% de crianças deficientes mentais moderados com problemas, atesta as dificuldades de linguagem expressiva, interna e receptiva da população pesquisada;

- h) na área X - Disfunções da Fala, o índice de crianças mentais moderadas com problemas específicos na área, aumenta para 90,17%, fala que qualifica os distúrbios de gagueira, articulação e voz de incidência alta;
- i) na área XI - Qualidades sócio-econômicas, verificamos que os comportamentos competitivos e de relacionamento com o professor, instrutor e colegas, apresenta problemas da ordem de 64,22%;
- j) na área XII - Funções perceptivas, o índice é de 47,03% para crianças com problemas em áreas táteis, auditivas ou visuais.

Em geral, os resultados da aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, nos permite uma visão geral dos distúrbios psicomotores das 36 crianças avaliadas. Por outro lado a aplicação do Teste acima citado, permite também o mapeamento completo dos distúrbios de uma criança e de sua faixa etária, como podemos avaliar no exemplo anexo, em gráficos setoriais: no caso modelo de resultados do Teste Psicomotor de J.MELCHERTS em crianças D.M. moderadas de 16 anos de idade.

O caso modelo dos Gráficos Setoriais de números 23 à 34 nos permite, após aplicação, o mapeamento parcial e total do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS de uma população específica, neste caso de crianças Deficientes Mentais Moderadas de 16 a 18 anos de idade.

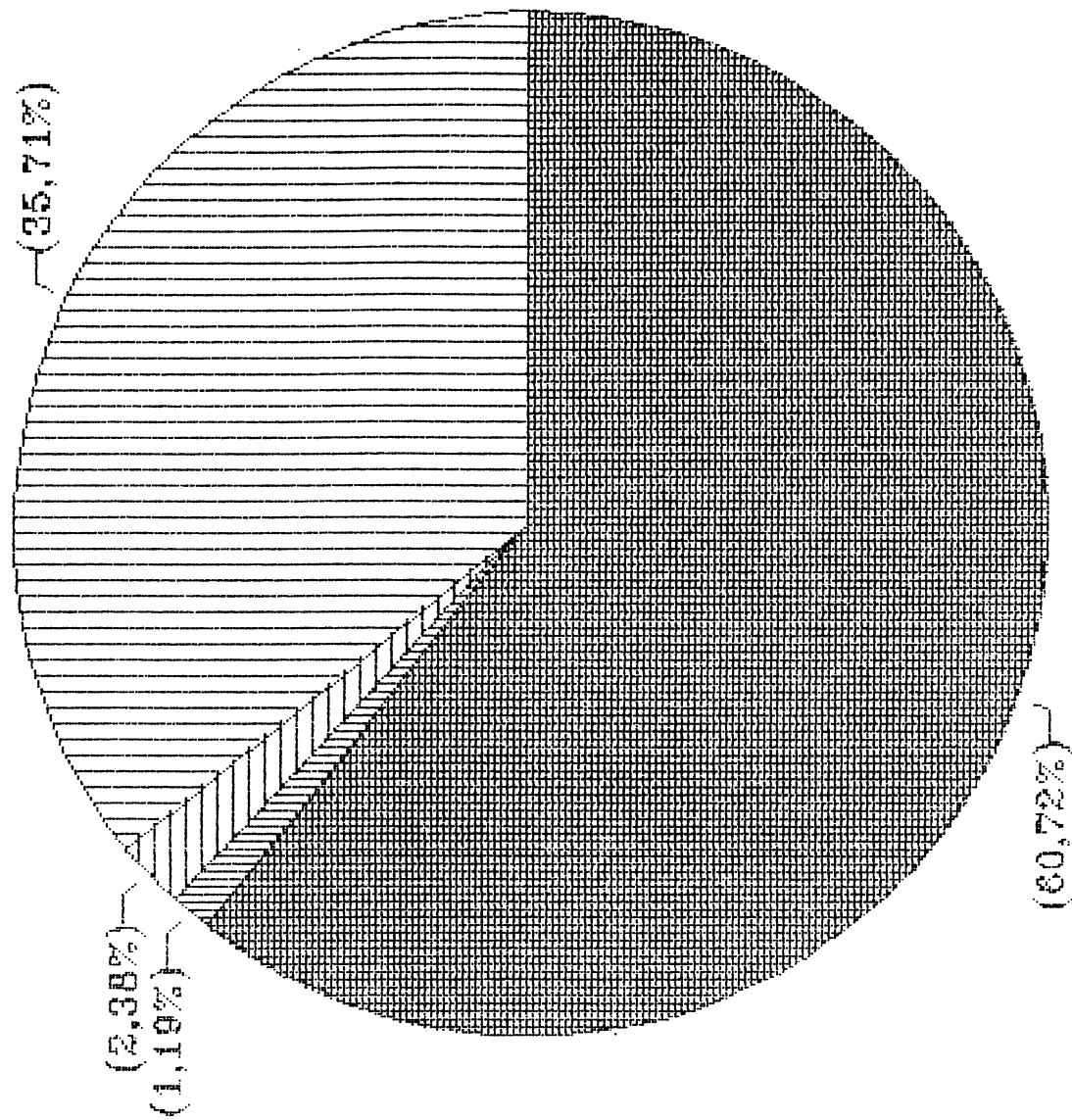
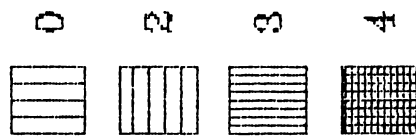
Assim, no caso modelo, observamos que no item:

- I e II, Comportamentos de Pré-locomção e Variações na locomoção, em média, 64,29% e 67,39%, respectivamente, não apresentam problemas na área;
- III, Movimentos Qualitativos, em média 67,19% apresentam problemas de execução na área;
- IV, Intercepção de bolas, em média 77,27% são capazes de executar as condutas solicitadas;
- V, Arremesso de Bolas com Impulso, há um equilíbrio, entre os que tem dificuldades, 48,61% e aqueles que não apresentam problemas na área, que são 51,39%;

- VI, Habilidades para Segurar Raquete e Bastão de Madeira, também há um equilíbrio matemático, pois 50% da população consegue executar as tarefas solicitadas e os outros 50%, não;
- VII, Qualidades de atenção, 63,46% tem problemas na área;
- VIII, Qualidades Cognitivas Conceituais, 44,74% da população tem problemas na área e 55,26% não tem;
- IX e X, Linguagem e Disfunção da Fala, aqui se configuram os índices mais altos de dificuldades com 83,33% e 90,38%, respectivamente;
- XI, Qualidades sócio-emocionais, em média 68% apresentam problemas; e
- XII, Funções perceptivas, onde a média 53,33% não tem problemas, e 46,67% os apresentam.

GRÁFICOS SETORIAIS Nºs 23 à 34 - RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ÍTENS I à XII, NUM CASO MODELO DE MAPEAMENTO PARA AS IDADES DE 16 ANOS

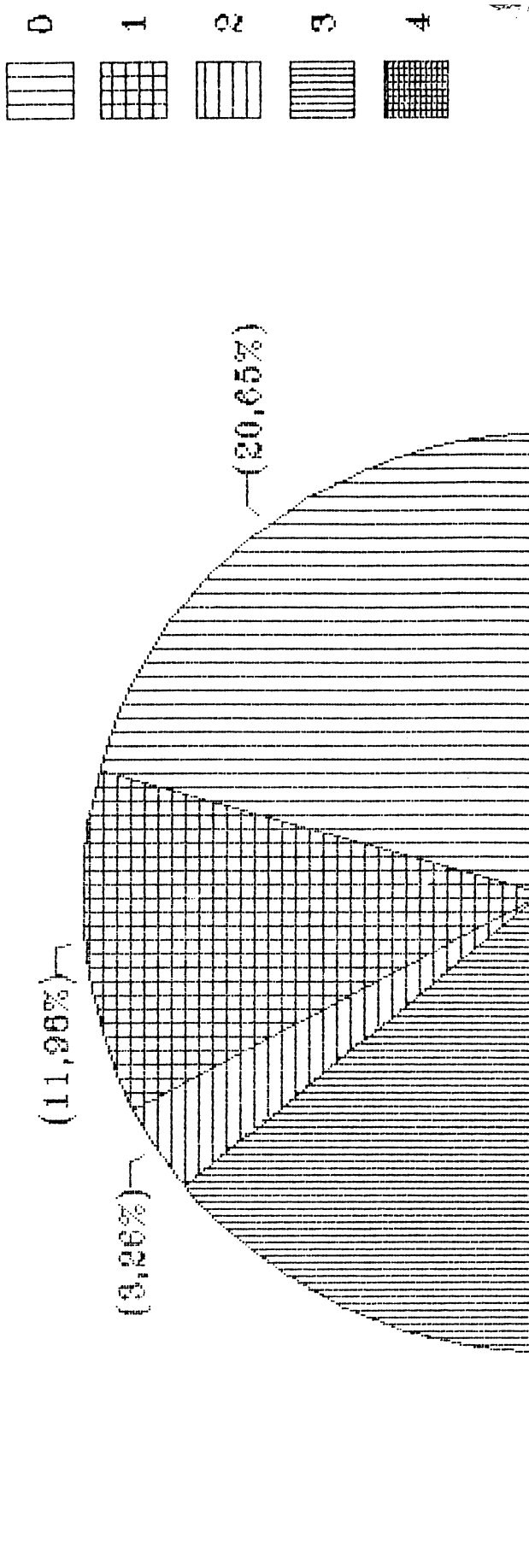
I- COMPORTAMENTO DE PRE-LOCOMOCAO E ANDAR



16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº 23 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

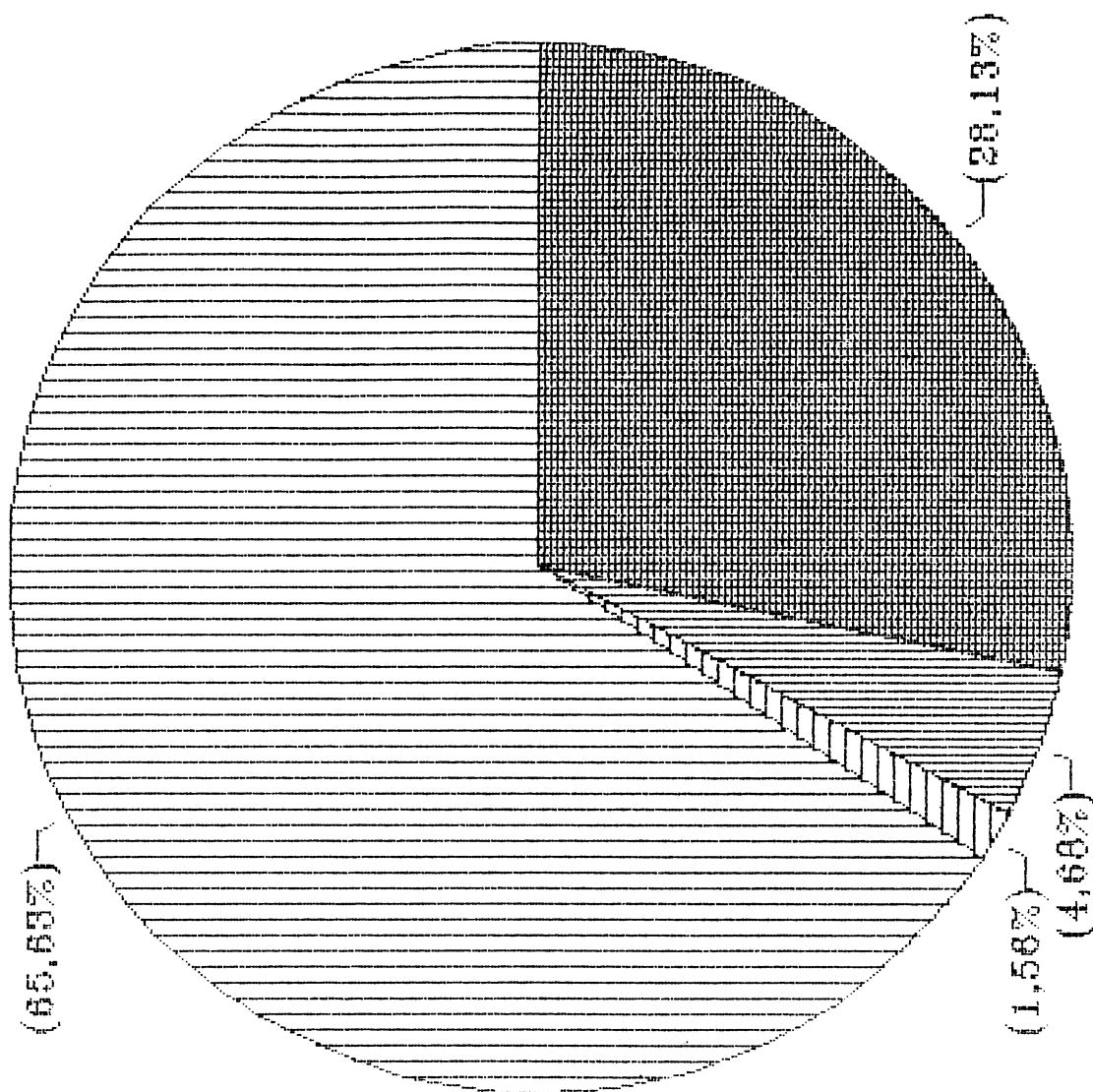
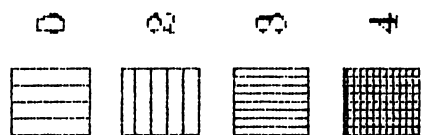
II- VARIACOES NA LOCOMOCAO



16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº 24 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

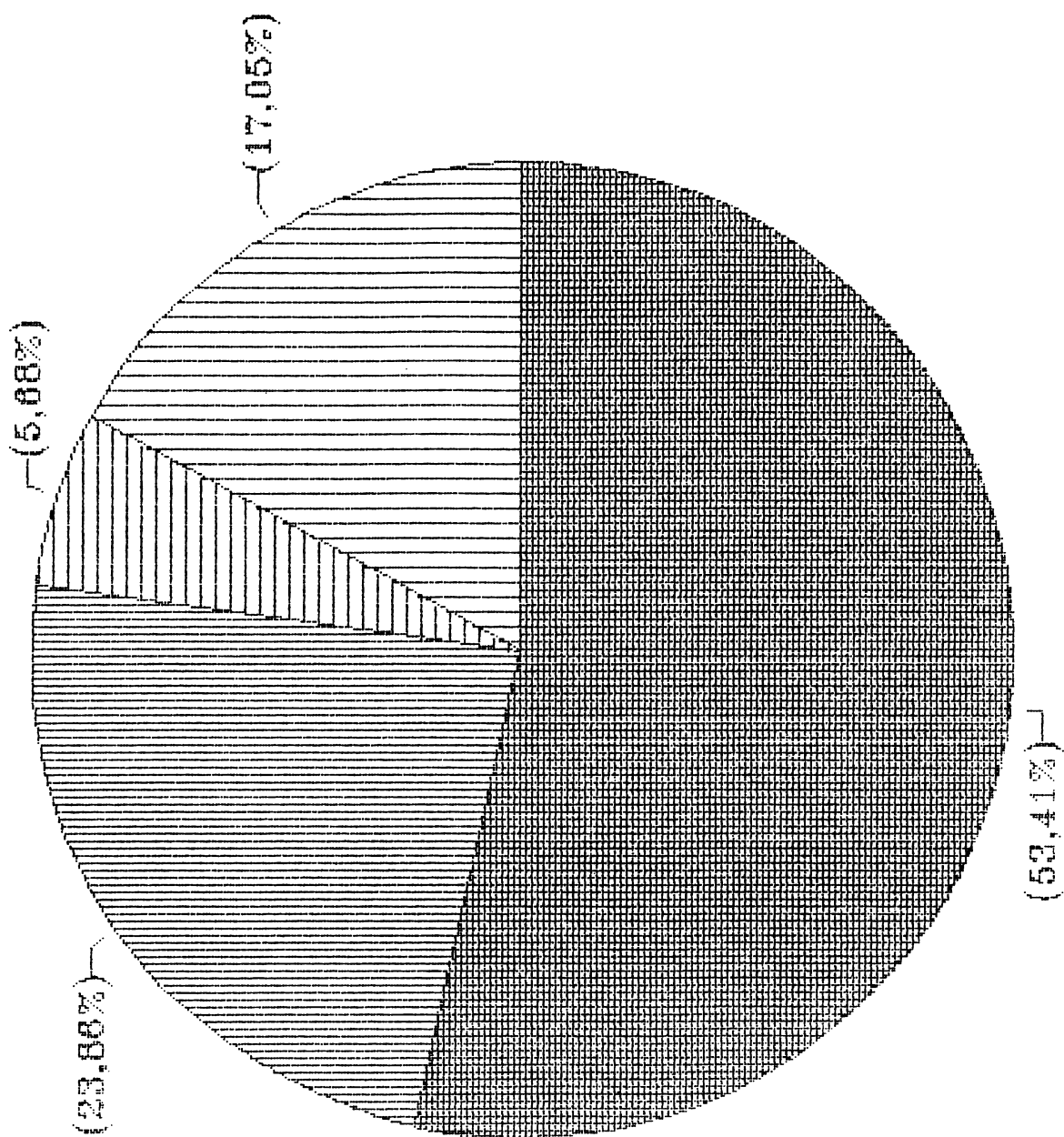
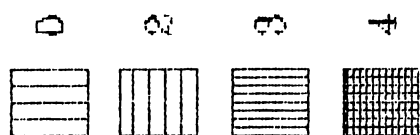
III- MOVIMENTOS QUALITATIVOS



16 ANOS

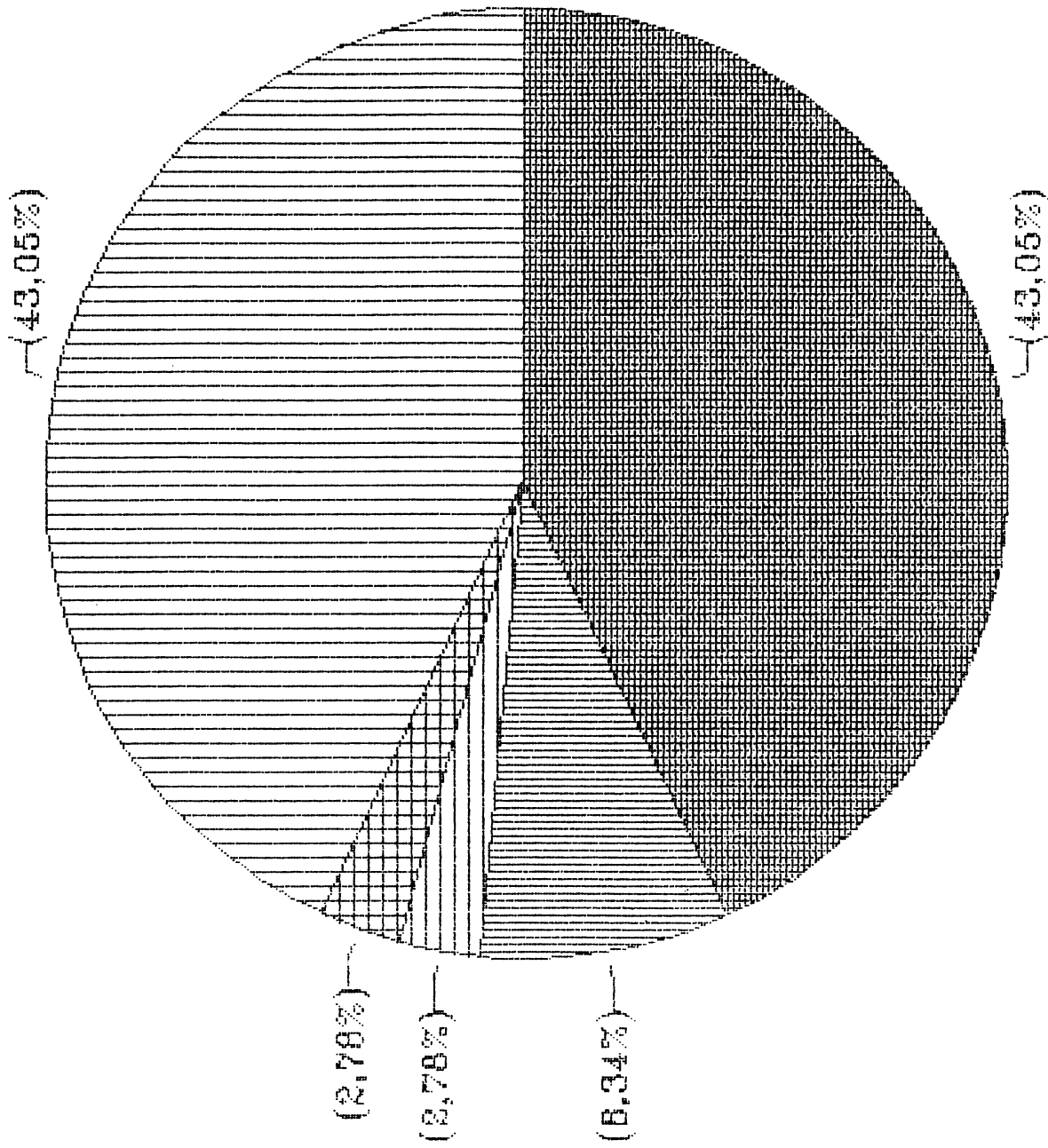
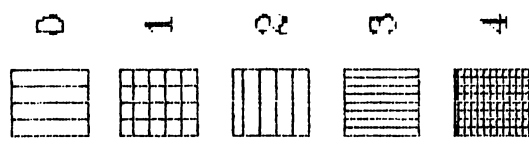
GRÁFICO SETORIAL Nº 25 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

IV-- INTERCEPCAO DE BOLAS



16 ANOS

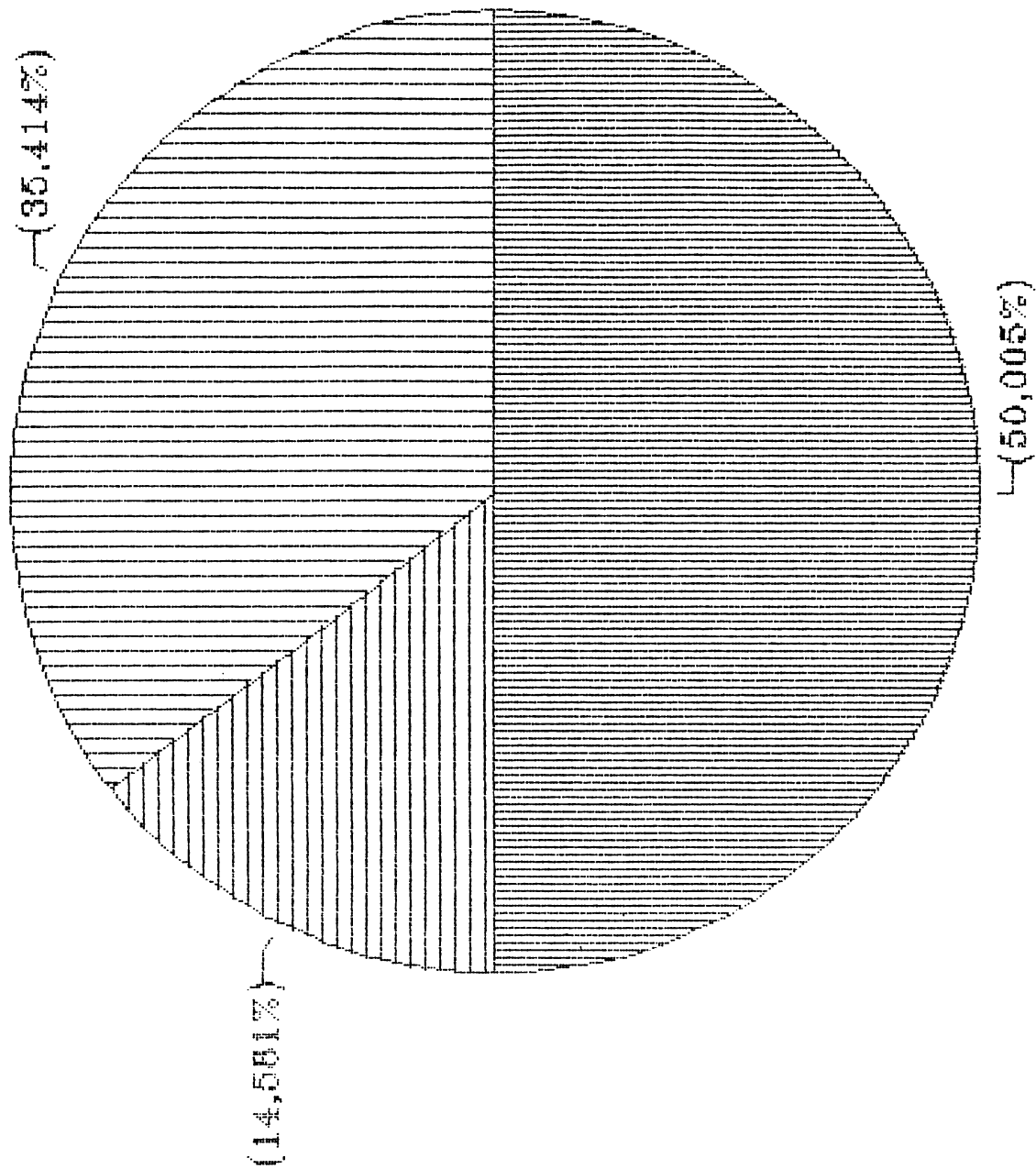
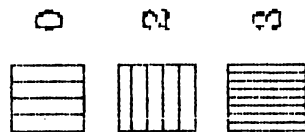
V- ARREMESSO DE BOLAS COM IMPULSO



16 ANOS

VI- HABILIDADES P/ SEGURAR RAQUETE

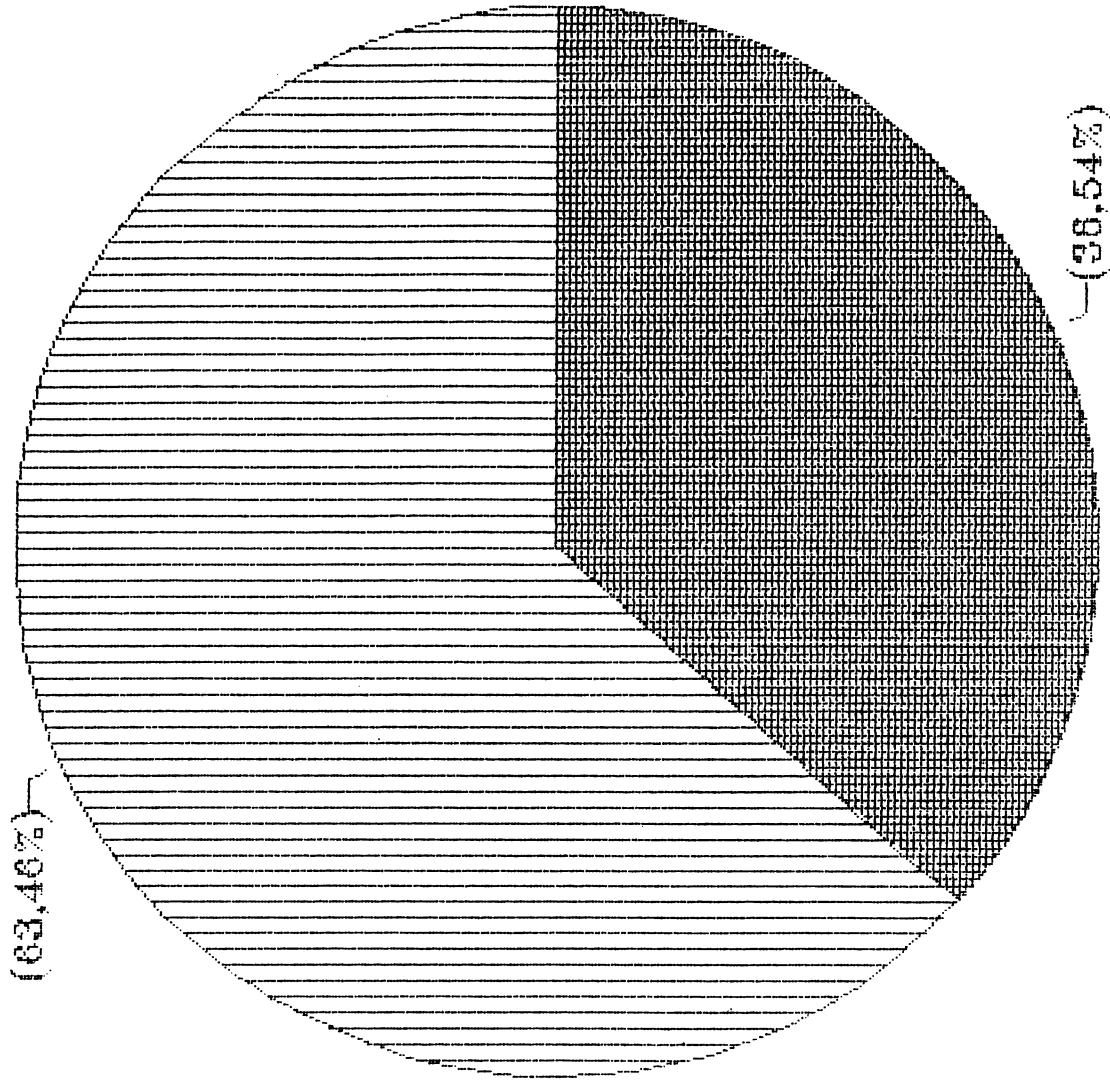
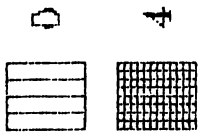
E BASTAO DE MADEIRA



16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº28 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

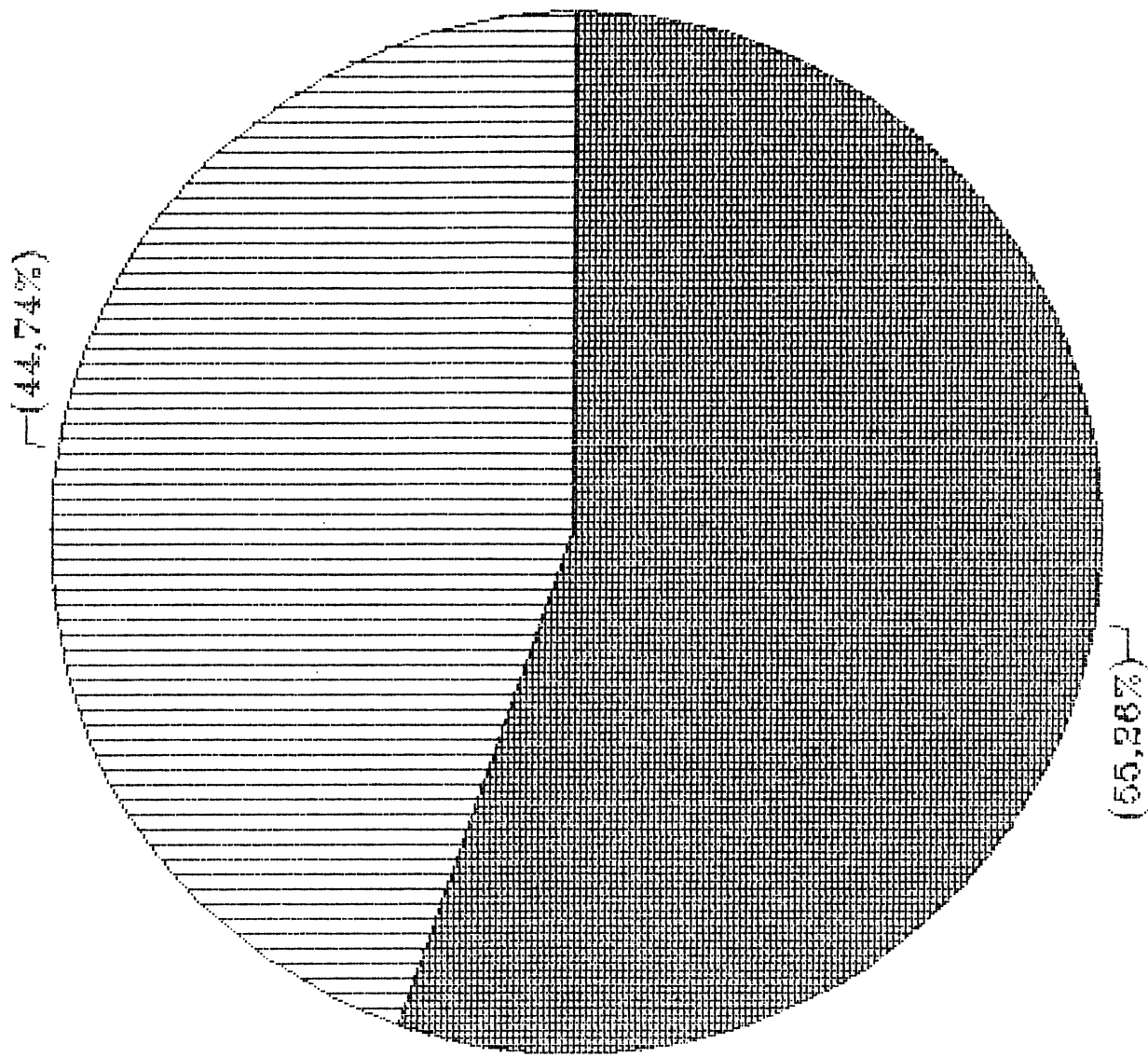
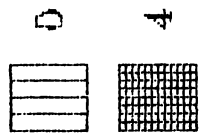
VII- QUALIDADES DE ATENCAO



16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº 29 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

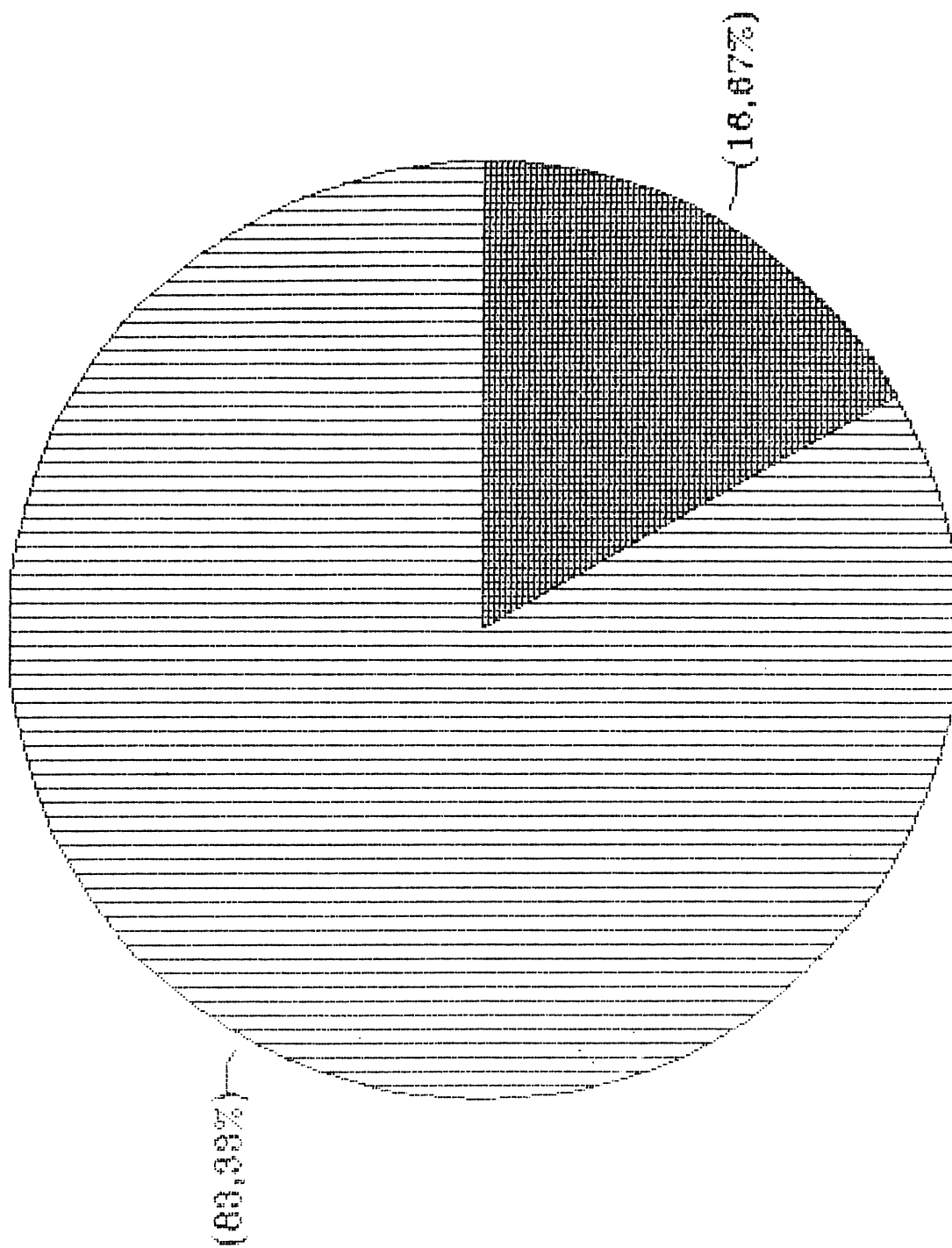
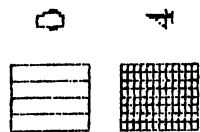
VIII - QUALIDADES COGNITIVAS CONCEITUAIS



16 ANOS

GRAFICO SETORIAL Nº 30 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

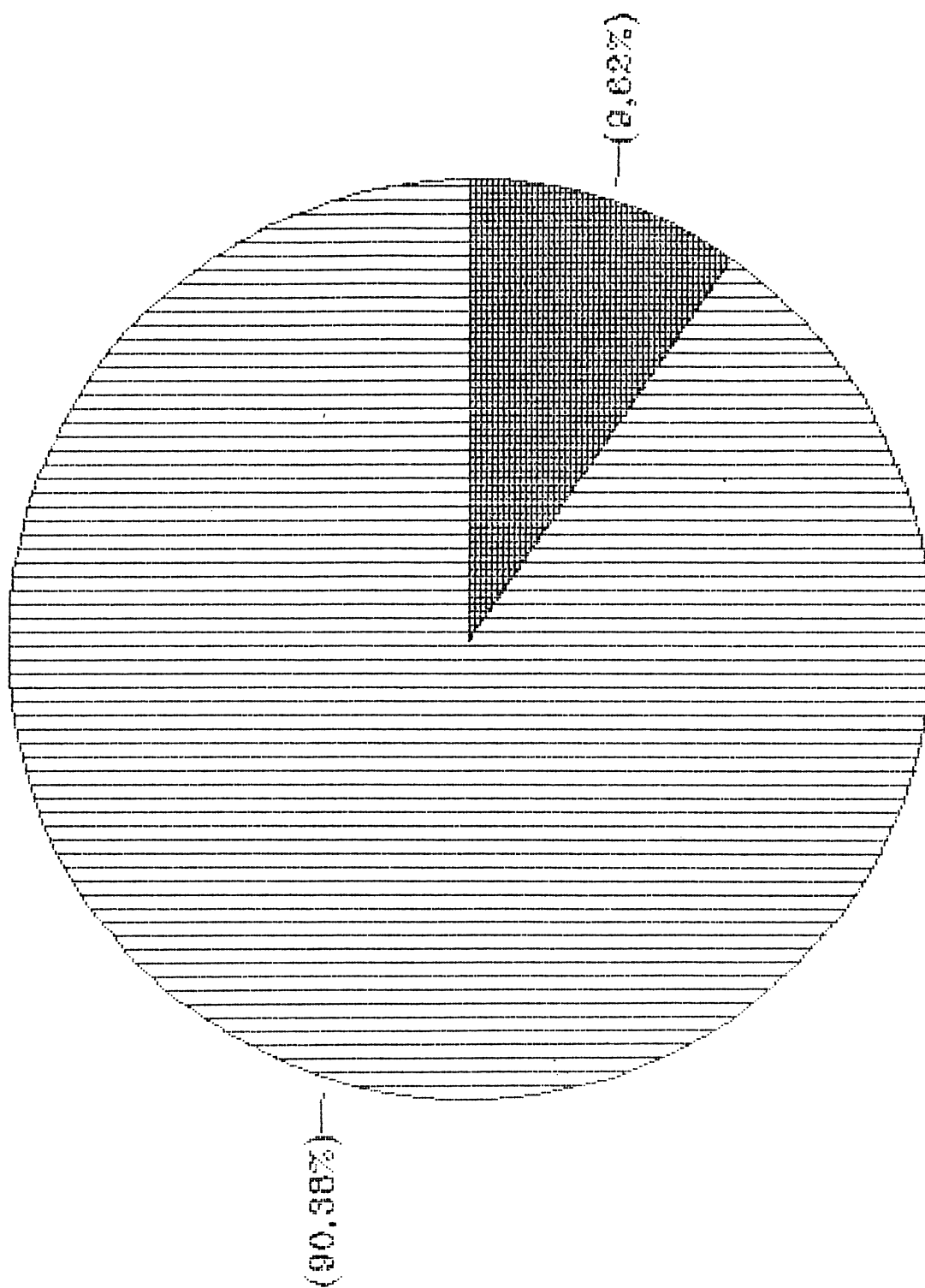
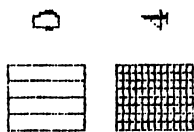
IX- LINGUAGEM



16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº 31 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

X-- DISFUNCAO DA FALA



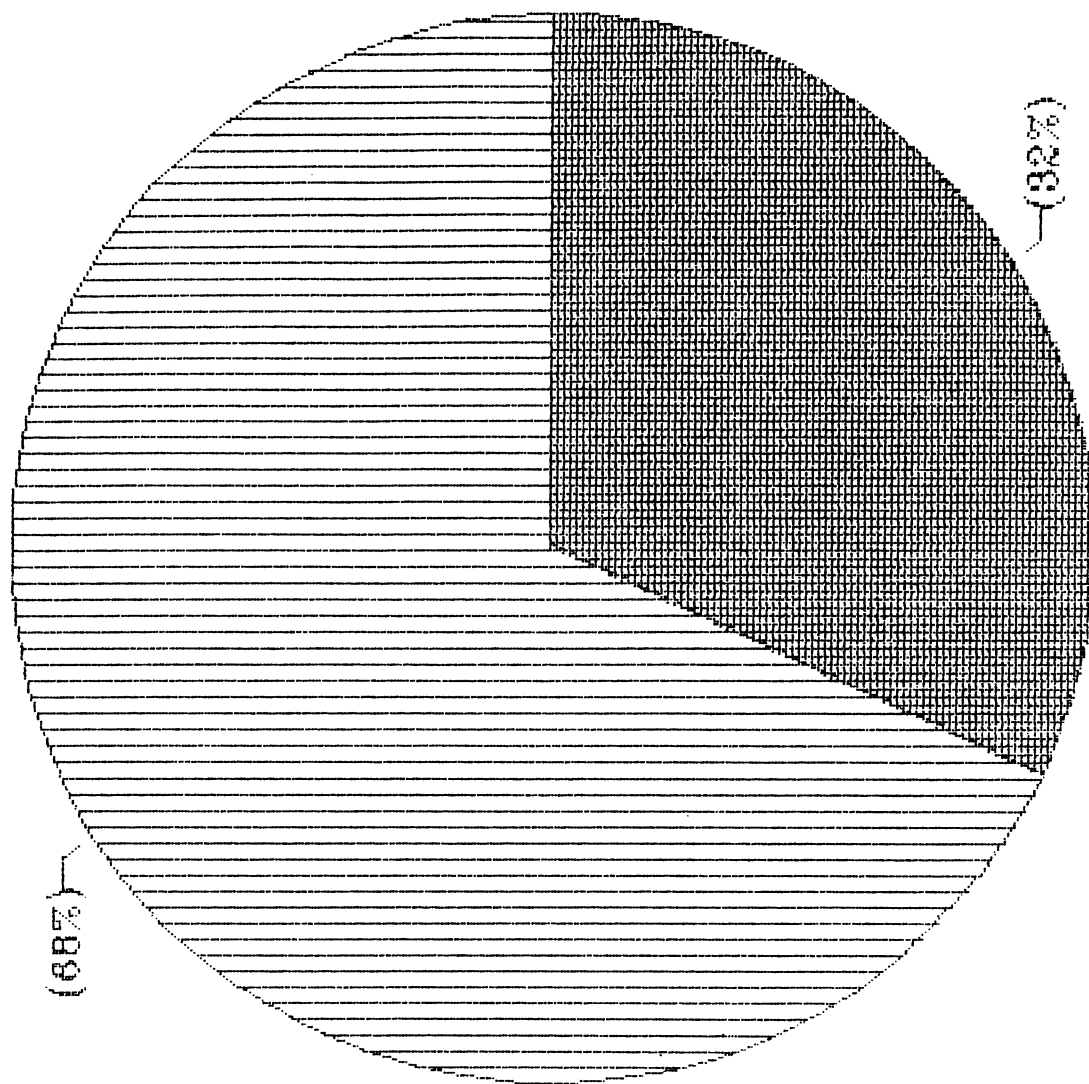
16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº 32 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

XI- QUALIDADES SOCIO-EMOCIONAIS

C

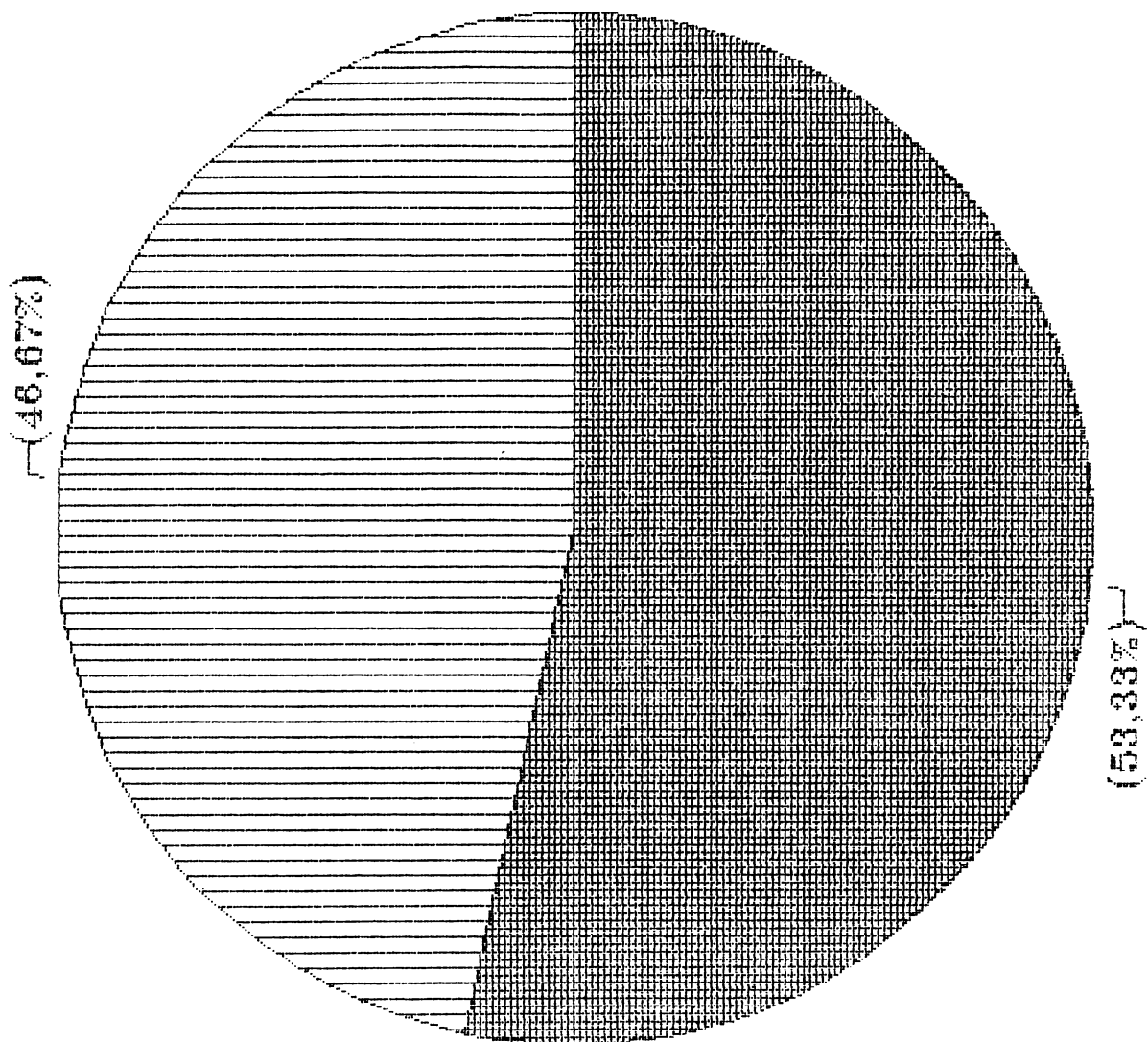
A



16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº 33 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

XII - FUNÇÕES PERCEPTIVAS



16 ANOS

GRÁFICO SETORIAL Nº 34 - TESTE PSICOMOTOR, CASO MODELO

1 CONCLUSÕES

O estudo diagnóstico dos distúrbios Psicomotores Primários em 36 crianças, de ambos os sexos, portadores de Deficiência Mental Moderada da Escola Municipal Eva Tereza Amarante Cavani de Paranaguá, Paraná, após aplicação e validação dos instrumentos da pesquisa, nos permite estabelecer que as 3 (três) hipóteses, pressupostos teóricos e questionamentos são válidos porque conforme resultados estatísticos:

1.1 Apenas 50% dos alunos portadores de Deficiência Mental Moderada, são submetidos a Testes Normativos por equipe multiprofissional Especializada e estes, não apresentam subsídios básicos suficientes que permitam uma avaliação diagnóstica primária efetiva das potencialidades psicomotoras dessas crianças para efeitos de classificação, encaminhamento e distribuição, em classes de escola especial, do sistema particular e estadual de ensino.

1.2 A aplicação do Teste Diagnóstico Psicomotor Primário de J. MELCHERTS, demonstra ser um instrumento efetivo para subsidiar a aplicação de Testes Normativos, para triagem e classificação de crianças deficientes mentais moderadas, porque é um Teste que apresenta informações objetivas por áreas de distúrbios psicomotores, subsidiando professores e equipes multiprofissionais especializados, em programas de reeducação por objetivos e por áreas de trabalho.

1.3 O Teste Psicomotor, de J.MELCHERTS, é um instrumento de

diagnóstico, válido tanto para crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada, quanto para crianças com Deficiência Mental Educável, porque 100% da população alvo pesquisada, foram capazes de responder os 209 itens ou quesitos do Teste solicitados pelo testador, demonstrando clara compatibilidade entre sua deficiência e quociente de inteligência, classificatória da doença.

1.4 Na aplicação de Testes Normativos em crianças Deficientes Mentais Moderadas, as áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, avaliadas, apresentam índice de abstenção da ordem de, em média 97%, 55,5% e 52%, respectivamente.

1.5 As causas da Deficiência Mental Moderada na população pesquisada, demonstra que 47,20% são de origem desconhecida, 25% pelo Síndrome de Down e os 27,80% restantes, correspondem a índices decrescentes proporcionais que acusam como causas, a prematuridade, meningite, traumas, epilepsia e incompatibilidade sanguínea dos pais entrevistados.

1.6 Tanto o tratamento especializado, como o encaminhamento a Escolas ou instituições similares, é tardio e perigoso para os padrões clínicos recomendados para atendimento de Deficientes Mentais Moderados, dados que os resultados acusam uma média de 44% e 78% de crianças entre 4 e 9 anos de idade, que dão início ao tratamento e encaminhamento específico, respectivamente.

1.7 A Deficiência Mental Moderada apresenta incidência maior na classe social baixa, pois 39% dos entrevistados vivem com um salário mínimo, e 41%, com 2 a 5 salários mínimos.

1.8 A Deficiência Mental Moderada, apresenta a maior incidência em pais com idades entre 31-40 anos de idade com 34,72% e, acima de 41 anos com 11,17% dos entrevistados.

2 RECOMENDAÇÕES

São recomendações para o futuro:

- 2.1 Aumento do universo da pesquisa.
- 2.2 Divulgação dos resultados da pesquisa, perante a comunidade científica especializada.
- 2.3 Apresentação e difusão das vantagens que apresenta à aplicação do Teste Psicomotor de J. MELCHERTS, em crianças portadoras de Deficiência Mental Moderada e similares, perante órgãos de educação especial de nível estadual e nacional , respectivamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 ALVIM, Clóvis de Faria. Introdução ao Estudo da Deficiência Mental. Belo Horizonte, publicação da Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais, 1967.
- 02 BRASIL, Constituição da República Federativa. São Paulo, Atlas, 1989.
- 03 BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. Manual de Identificação Precoce de Deficiências. Brasília, MPAS/DA/SPR, 1984.
- 04 BARBIZET, J. Manual de Neuropsicologia. São Paulo, Artes Médicas, 1989.
- 05 CERVO, Amado L. e BERVIA, Pedro A. Metodologia Científica. São Paulo, Mac Graw-Hill, 1976.
- 06 CRATY, Bryant J. Adapted Physical Education for Handicapped Children and Youth. Califórnia, Love Pu.Co., 1980.
- 07 CRATY, Bryant J. Physical Development for Children. New York, Educacion Activities Inc., 1973.
- 08 CRUICKSHANK, W.M. e JOHANSON, G.O. A Educação da Criança e do Jovem Excepcional. Porto Alegre, Globo, 1979, 1v.
- 09 DELAET, Luce. A Motricidade da Criança Problema. São Paulo, Manale, 1989.
- 10 DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO PARANÁ, nº 3116 de 05/10/1989.
- 11 DOMAN, Glenn. O Que Fazer Pela Criança de Cérebro Lesado. Rio de Janeiro, Alviverde, 1989.
- 12 DROWATZKY, John N. Educación Física Para Niños Deficientes Mentales. Buenos Aires, Panamericana, 1973.
- 13 DUNN, Lloyd N. Crianças Excepcionais. Seus Problemas. Sua Educação. Rio de Janeiro, Livro Técnico, 1971.

- 14 ELIAS, Irmão. Curso de Psicologia Aplicada à Educação. São Paulo, FTD, s/d. 4v.
- 15 ENCONTRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 1, São Paulo, 1983. Anais, São Paulo, Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo, 1983.
- 16 FLEMING, Juanita W. A Criança Excepcional. Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.
- 17 GAUDERER, Christian E. Autismo, Década de 80. São Paulo, Almed, 1987.
- 18 GODFREY, S. Exercise Testing in Children, Applications in Health and Disease. Philadelphia, W.B. Saunders, 1974.
- 19 GRUNSPUN, Hain. Distúrbios Psicossomáticos da Criança. O Corpo que Chora. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.
- 20 HECK, Arch. La Educacion de Los Niños Excepcionales. Buenos Aires, Editorial Nova, 1953.
- 21 KIRK, Samuel A. e GALLAGHER, Jane J. Educação da Criança Excepcional. São Paulo, Martins Fontes, 1987.
- 22 KRYNSKI, Stanislau. Deficiência Mental. Rio de Janeiro, Atheneu, 1969.
- 23 MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. Fundamentos da Educação Especial. São Paulo, Pioneira, 1982.
- 24 MELCHERTS HURTADO, Johann G.G. Glossário Básico de Psicomotricidade e Ciências Afins. Curitiba, Educa/Editor, 1983.
- 25 MISÉS, Roger. A Criança Deficiente Mental. Uma Abordagem Dinâmica. Rio de Janeiro, Zahar, 1977.
- 26 NELSON, Waldo E. , VAUGHAN Victor C. e MC KAY R. James. Tratado de Pediatria. Barcelona, 1974, pg. 101-125, 327-334.
- 27 NOT, Louis. Educação dos Deficientes Mentais. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1975.
- 28 PACIORNIK, Rodolpho. Dicionário Médico. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1969.

- 29 PIZA, Jay Arruda. Como Orientar a Criança Excepcional. São Paulo, Editorial Pontes, 1960.
- 30 PROCOTTE, Arlete. O Excepcional. Diretrizes para um Enfoque nos Cursos de Magistério. Curitiba, Ghignone, s/d.
- 31 ROUCEK, Joseph. A Criança Excepcional. Coletânea de Estudos. São Paulo, IBRASA, 1980.
- 32 SALVADOR, Jordi. La Estimulación Precoz em La educación Especial. Barcelona, CEAC, 1987.
- 33 SKAU, Rosângela. Deficiência Mental: Sonho e Realidade/ Lygia B.B. Skau Viveu. São Paulo, EDICON, 1985.
- 34 TELFORD, Charles W. e SAMREY, James M. O Indivíduo Excepcional. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.

G L O S S Á R I O

ALBINISMO - Anomalia congênita de organização que consiste na diminuição ou falta total do pigmento ou matéria corante da pele, dos cabelos, dos olhos, em uma raça qualquer, humana ou animal.

ALCOOLISMO - É um conjunto dos fenômenos patológicos resultantes do abuso das bebidas alcoólicas.

AMBIENTE POBRE EM ESTIMULAÇÃO - Refere-se ao ambiente intelectualmente não estimulante onde é grande a subnutrição, as doenças, as condições de vida insalubres, habitações inadequadas, acidentes e uma apatia derivada da pobreza.

ASSIMETRIA - Falta de simetria. Ausência ou incompatibilidade de correto alinhamento postural por anomalia congênita traumática ou viciosa de estruturas anatômicas, dos membros afetos ao fenômeno.

COMPLICAÇÕES NO TRABALHO DE PARTO - São acidentes de reprodução, que constituem-se em componentes letais de lesões cerebrais que podem acarretar a morte dos recém-nascidos. Também é um componente sub-letal, que provoca uma série de síndromes neuro-psiquiátricas, dependentes de graus ou da localização da lesão.

CAUSAS DESCONHECIDAS - Anormalidades não diagnosticadas.

DEFICIENTE MENTAL - É toda pessoa que teve ou tem o desenvolvimento das funções mentais imperfeito e que, portanto, carece de capacidade para se cuidar e guiar-se com prudência.

DEFICIENTE MENTAL MODERADO - Podem utilizar a linguagem , ajudarem-se na aquisição de certos hábitos higiênicos, mas têm limitada a expressão de suas idéias e só podem desin - cumbir-se de suas tarefas sob supervisão.

DESATENÇÃO ATIVA - Não apresenta atenção visual ou quais - quer outras evidências de atenção em qualquer atividade ; necessita receber apoio físico.

DESATENÇÃO PASSIVA - Não apresenta atenção visual ou apa - rência de estar atento, conscientemente, no que realiza , mas permanece no lugar em que foi colocado sentado ou de pé.

DESNUTRIÇÃO - Desvio nutritivo; falta de alimentação. Acar retará retardo mental quando a mãe é desnutrida e nos três primeiros anos de vida do bebê.

DIABETE CRÔNICA - Distúrbio do metabolismo dos açúcares ; quando crônica, contribui negativamente para a saúde do feto.

DIAGNÓSTICO - Determinação da natureza de uma doença por seus sintomas e sinais.

DISTÚRBIOS PROGRESSIVOS - São distúrbios progressivos li - gados às doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central.

DOENÇAS VENÉREAS - São doenças infecto contagiosas, geral - mente sexualmente transmissíveis. As doenças venéreas mais comuns são: sífilis, blenorragia, herpes genital e AIDS . Essas doenças quando adquiridas pela mãe na gravidez trará graves consequências ao feto.

DROGAS - São substâncias que provocam um estado de depen - dência e que podem ser usadas para fins médicos ou não, co - mo o álcool, as anfetaminas, os barbitúricos, a maconha, a cocaína, L.S.D. e fumo. Ingeridos pela mãe indevidamente , causam lesões no feto.

EDUCAÇÃO - Desenvolvimento do indivíduo por um sistema in - tencional de meios até um estado em que possa alcançar, au

tonomamente, seu destino.

EDUCAÇÃO ESPECIAL - É o ramo da Pedagogia que estuda e reúne os métodos e processos adequados aos indivíduos que não podem se beneficiar apenas do ensino comum, pois necessitam de orientação e de recursos específicos para atingirem o rendimento máximo de suas potencialidades.

ENCEFALITE - Inflamação do encéfalo. Designação genérica de várias doenças que atacam o encéfalo, produzida por diferentes agentes patogênicos, tais como: vírus, bactérias, toxinas, substâncias químicas, entre outras.

EPILEPSIA - Afecção nervosa cerebral que se manifesta de tempos em tempos por ataques ou convulsões violentas com perda súbita dos sentidos e distúrbios da sensibilidade geral. Paroxismo neuropatogênico produzido por uma descarga neuronal, anormal e excessiva, no Sistema Nervoso Central.

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADA - Grupo de especialistas nas áreas de Pedagogia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Medicina, Odontologia, Assistência Social e Terapia Ocupacional, atuantes no Ensino Especial.

ESCOLA ESPECIAL - Escolas criadas pelo sistema escolar para atender vários tipos de crianças excepcionais, principalmente as que têm distúrbios de comportamento, deficiência física, retardo mental treinável e deficiências múltiplas.

EXCEPCIONAL - Termo aplicado à indivíduos superdotados, quanto aos prejudicados por deficiências físicas ou mentais.

FENILCETONÚRIA - Ausência de uma enzima no organismo, necessária à conversão do aminoácido fenilalanina em tirosina; assim, a fenilalanina (que se encontra sobretudo nos produtos de origem animal), se acumula no organismo, principalmente no cérebro. Uma vez instalada a deficiência mental por falta de tratamento precoce, ela é irreversível.

GAGUEIRA - Vício de pronúncia, caracterizado por dificuldade, interrupção e repetição espasmódica das sílabas.

GALACTOSEMIA - É uma perturbação do metabolismo da galactose, que não se transforma em glicose, por carência da enzima específica uridil transferase.

A criança afetada por galactosemia, fica prejudicada no seu desenvolvimento físico e mental pela incapacidade de tolerar o leite e seus derivados; é necessária uma alimentação específica.

HIDROCEFALIA - Acúmulo de líquido cefaloraquidiano no cérebro, quase sempre causado por uma obstrução na circulação deste líquido.

A afecção se caracteriza por aumento do volume da cabeça, com fronte proeminente, atrofia cerebral, debilidade mental e convulsões.

HIPERATIVOS - Termo empregado em indivíduos que apresentam movimentos locomotores (andar, saltar, correr, trepar e outros) acrescidos de atenção visual e ocupação manual em suas atividades, de maneira excessiva.

HIPERTENSÃO CRÔNICA - Aumento anormal do tono ou da tensão em geral e especialmente da pressão vascular (arterial ou venosa); na mãe trará consequências no feto, se não controlada durante a gravidez.

HIPOTIROIDISMO - Funcionamento insuficiente da glândula tireóide. Controlado terapêuticamente através de dose oral desde o nascimento, não causará retardo mental.

INCOMPATIBILIDADE SANGUÍNEA ABO - RH - Kernicterus, decorre da incompatibilidade sanguínea entre mãe e feto determinada pelo Fator RH, ou relacionado ao Grupo ABO.

Não é bem conhecida a patogenia da condição, uma hipótese considera que as hemácias aglutinadas bloqueiam os capilares, produzindo anóxia dos centros nervosos, as células morrem e são impregnadas pelo pigmento biliar. Sugere ainda que a bilirrubina presente em alto teor na circulação, (hiperbilirrubinemia) produz anoxia histo-tóxica dos cen -

tros nervosos.

É imprescindível para o desenvolvimento dos Kernicterus a icterícia pronunciada de longa duração.

Como conseqüências para o bebê, pode levá-lo à morte ou causar uma lesão cerebral que acarretará um retardo mental. A prevenção, consiste numa dose de vacina na mãe portadora de RH dentro de 72 horas, após o nascimento do bebê ou mesmo de um aborto.

INTOXICAÇÃO POR CHUMBO - Estado mórbido causado por um tóxico: Chumbo. Ingeridas grandes quantidades de Chumbo, podem causar retardo mental.

MENINGITE - É uma infecção muito grave causada por germes, (micróbios), que entram no corpo pelo nariz e pela garganta, passam para o sangue e vão até o cérebro, onde provocam inflamação. Quando não tratado em tempo pode causar surdez, paralisia das pernas e dos braços, hidrocefalia, epilepsia, retardo mental.

MICROCEFALIA - Cérebro pouco desenvolvido. Além das características físicas definidas, acarreta deficiência mental, retardo psicomotor, problemas visuais e auditivos, quadros convulsivos e quadros psicóticos.

OFICINA PEDAGÓGICA - Período preparatório onde se prepara os alunos pedagogicamente de acordo com as suas aptidões, para o ingresso na oficina protegida.

OFICINA PROTEGIDA - Também chamada emprego protegido, é qualquer forma de trabalho produtivo, realizado em condições especiais, a fim de atender as necessidades temporárias e permanentes de deficiências mentais.

PARALISIA CEREBRAL HEMIPLÉGICA - Perda da função motora de um lado do corpo por perturbação do mecanismo neural ou muscular.

PERCEPÇÃO AUDITIVA - Interpretação de um fenômeno externo, através dos ouvidos; audição.

PERCEPÇÃO TÁTIL - Ato de tomar ciência de objetos, suas qualidades ou relações, principalmente através do uso das mãos (tato).

PERCEPÇÃO VISUAL - Integração psíquica de dados obtidos através dos olhos (visão).

PSICOMOTOR - Reação motora decorrente de um fenômeno psíquico. Todo movimento humano observável que pertence ao domínio da aprendizagem.

PSICOSSOCIAL - Problemas ambientais e as relações interpessoais do indivíduo.

POSIÇÃO PRONA - Que tem a parte frontal ou ventral voltada para baixo ou para diante.

POSIÇÃO SUPINA - Que tem a parte frontal ou ventral voltada para cima, ou para trás.

PREMATURIDADE - Estado de quem é prematuro, ou seja, nasce antes do termo da gestação. As causas podem ser orgânicas, ambientais e psicológicas.

Tornam-se necessários exames pré-natais regulares a partir de uma causa pré-determinada.

PROBLEMAS RENAI CRÔNICOS - Lesão crônica nos rins, que são dois órgãos situados na parte superior e posterior do abdôme, junto à coluna vertebral e que secreta a urina; na mãe acarretará consequências no feto, fazendo-se necessário acompanhamento médico durante a gestação.

PROFESSOR ESPECIALIZADO - Termo usado para designar professores que possuem cursos adicionais ou de pós-graduação em educação especial, para trabalhar em áreas de deficiência mental, visual ou auditiva, e atuantes no ensino especial.

QUALIDADES COGNITIVAS - Consiste na aquisição de fragmentos de conhecimentos sobre o mundo. Aprendizagem.

QUICADA - Quicar, saltar, pular a bola.

RADIAÇÕES - Emissão de raios luminosos, caloríficos, quí - micos e outros de alta concentração, com finalidade diag - nóstica, terapêutica ou afim.

A radiação por raio X durante a 2ª e 6ª semanas de gesta - ção tem a probabilidade de produzir efeitos como macroce - falia, deficiência mental, mal formações cranianas, ce - gueiras, anormalidades auditivas, etc.

REFLEXO DE EXTENSÃO CRUZADA - Transformação inconsciente num centro nervoso de uma impressão, em ação: braço direi - to se move para frente, perna esquerda acompanha e vice - versa.

RUBÉOLA - Infecção febril, eruptiva, benigna, extremamente contagiosa.

Adquirida a rubéola durante a gestação, a criança pode nas - cer com problemas como surdez, microcefalia, distúrbios neurológicos, paralisia cerebral, atraso mental e outras.

SARAMPO - Moléstia infecto-contagiosa, produzida por um vírus. Apresenta-se em forma de erupção na pele. Raramente pode produzir alteração cerebral acompanhada de retardo mental.

SIMETRIA - Disposição de partes semelhantes dispostas num todo qualquer, por partes iguais.

SINCINESIAS - Perturbação na coordenação dos movimentos da qual resulta, por exemplo, erguer o paciente os dois bra - ços, quando se lhe ordenou que erguesse um só.

Tendência patológica à execução simétrica de qualquer mo - vimento, em geral da mão.

SINCRONIZAÇÃO - Combinar ações ou exercícios para o mesmo tempo.

SÍNDROME CRI-DU-CHAT - Deleção do par 5 dos Cromossomos. Possui características físicas próprias, como também o re - tardo mental e motor, atingindo mais frequentemente o sexo feminino.

SÍNDROME DE DOWN - Alteração cromossômica também conhecida por Trissomia do 21 ou Mongolismo. Possui características físicas distintas acompanhadas de deficiência mental, distúrbios auditivos e visuais.

SÍNDROME DE EDWARD - Trissomia do par 17 ou 18. Além das características físicas, apresenta deficiência mental, auditiva e visual.

SÍNDROME DE HURLER - Distúrbio no metabolismo dos polisacarídeos, com características físicas distintas, deficiência mental, auditiva e visual.

SÍNDROME DE KLINEFELTER - Presença extra de um cromossomo sexual X ($XY + X = XXY$). Apresenta características físicas típicas, características psicológicas e deficiência mental.

SÍNDROME DE PATAU - Trissomia do par 13 ou 14 ou 15 com características físicas, convulsões, surdez e retardamento mental.

SÍNDROME DE TURNER - Ausência no par de um cromossomo sexual X ($X0$). Apresenta características físicas e psicológicas distintas, podendo em alguns casos, surgir a deficiência mental.

SUPERDOTADOS - São indivíduos que têm uma habilidade intelectual superior ao lidar com fatos, idéias, relações. Podem também apresentar aptidões especiais em áreas específicas como arte e música.

TENSÕES EMOCIONAIS - Durante a gravidez, a mãe passa por conflitos emocionais, choques e abalos intensos e contínuos, os quais poderão afetar o bebê.

TOXOPLASMOSE - Infecção produzida por protozoários do gênero toxoplasma. Pode ser adquirida ou congênita. A Toxoplasmose congênita é quando adquirida durante a gestação, afeta diretamente o Sistema Nervoso Central do feto em qualquer época da gravidez, trazendo sérias consequências

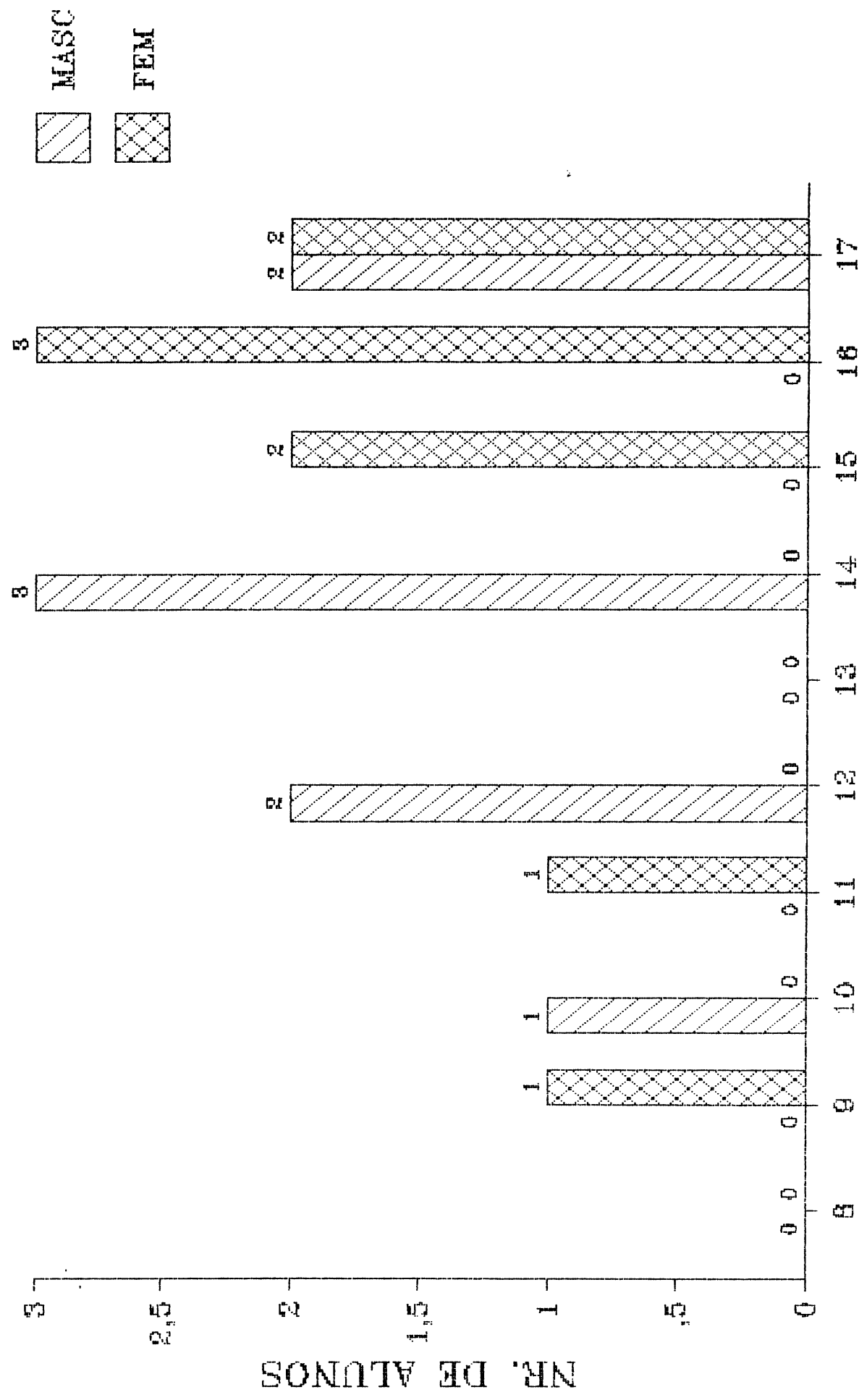
a ele, como cegueira, retardo mental, etc.

TRAUMA CRANIANO - Queda ou ferimento na região craniana atingindo o Sistema Nervoso Central. Pode ocorrer durante e após o parto, em acidentes na infância e na vida adulta ocasionando deficiência mental.

**HISTOGRAMAS N^{os} 2 à 16 - RESULTADOS PARCIAIS DA APLI-
CAÇÃO DA FICHA N^o 2, ÍTENS I à VIII.**

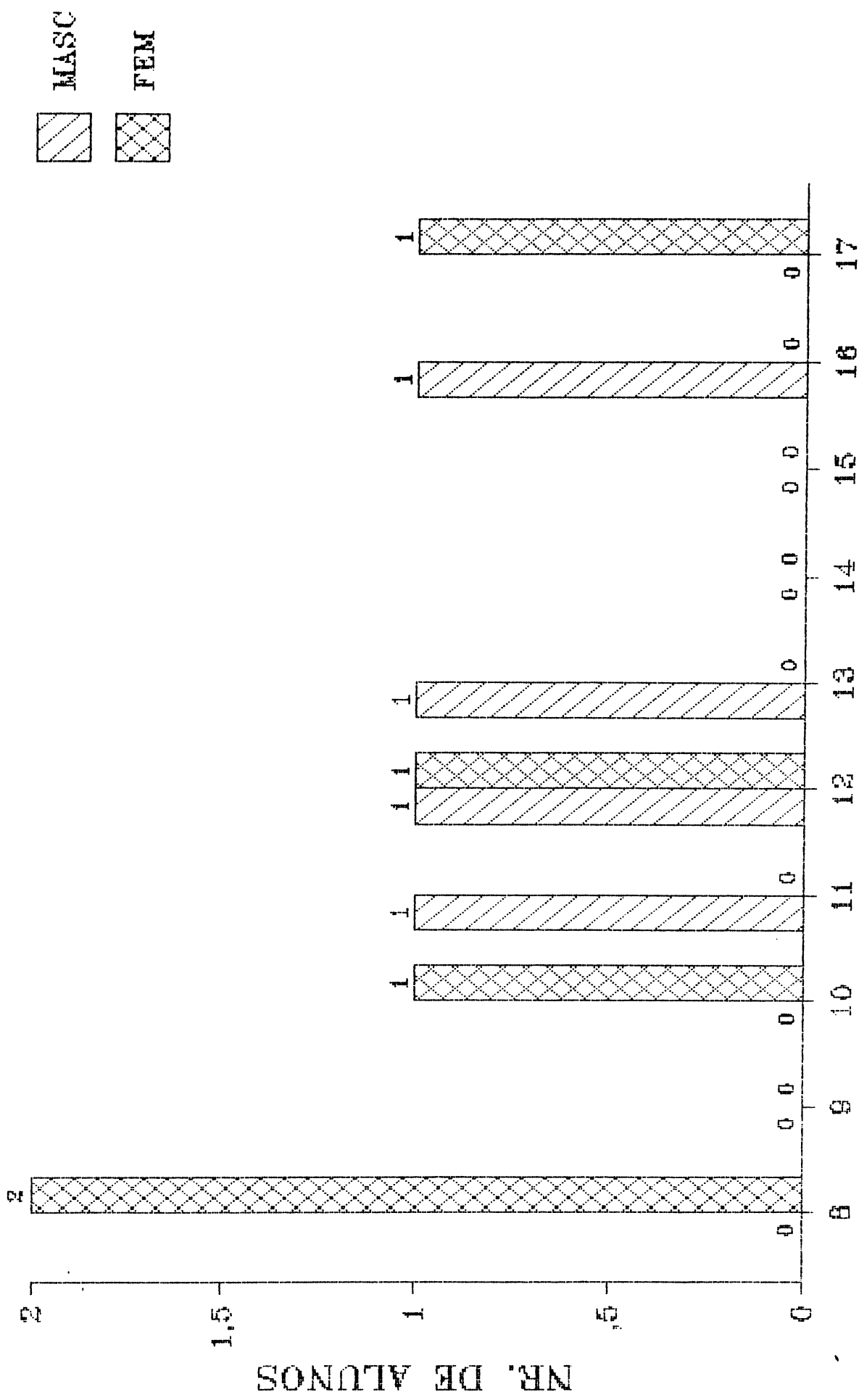
IDADES - 8 à 17 ANOS

HISTOGRAMA Nº 2 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL
 OS PAIS DESCONHECEM A CAUSA



IDADE DOS ALUNOS

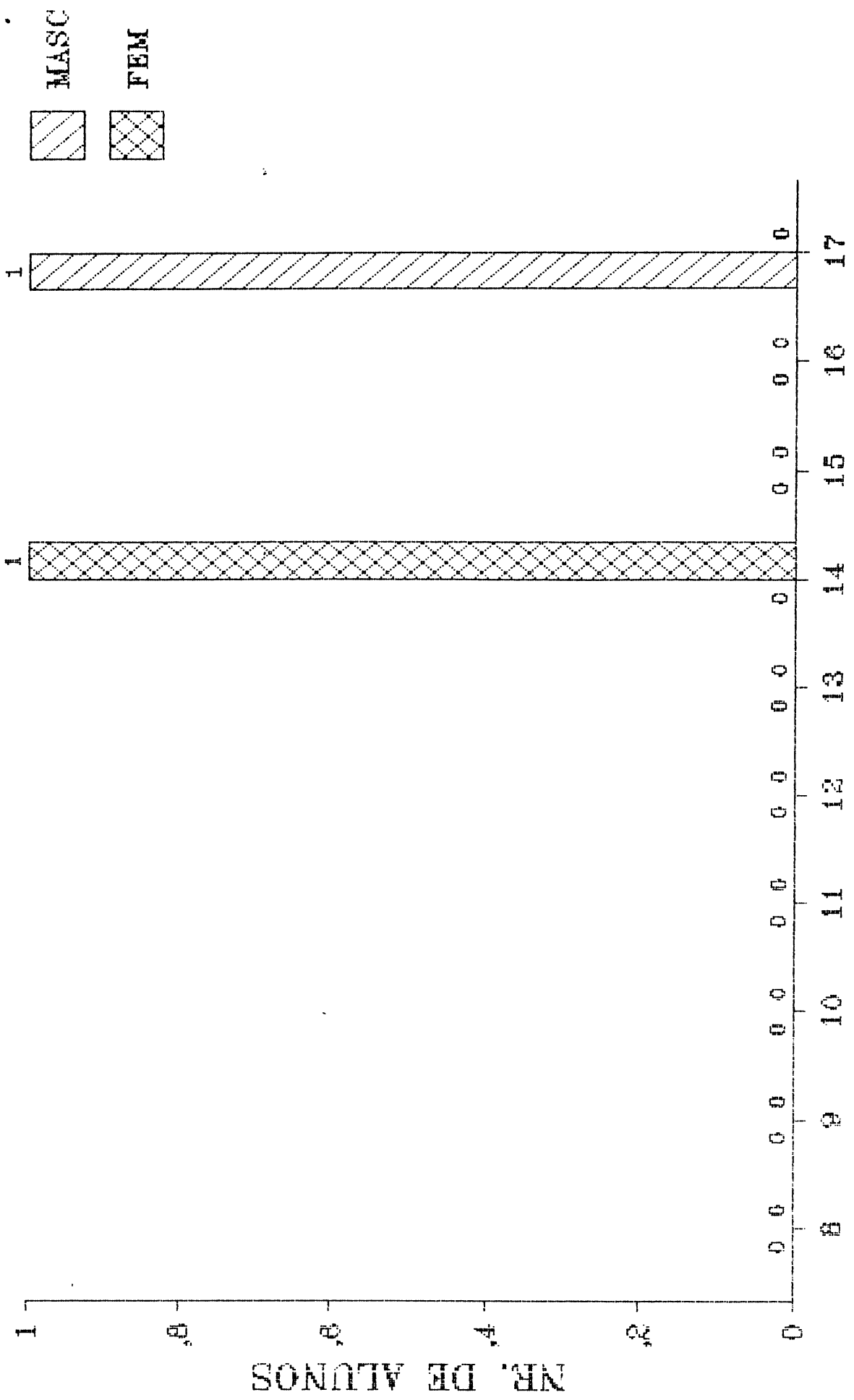
HISTOGRAMA Nº 3 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL
SINDROME DE DOWN



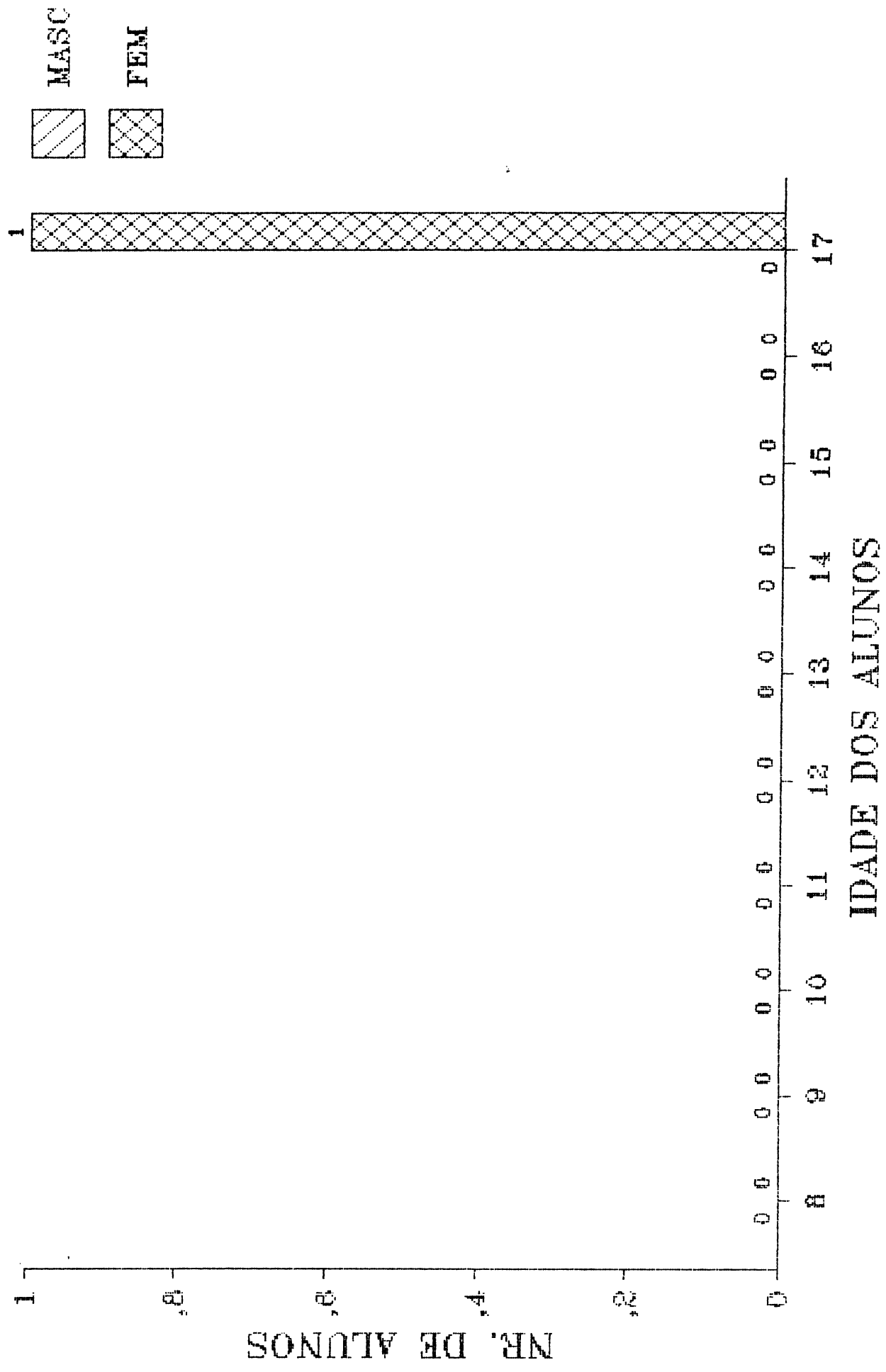
IDADE DOS ALUNOS

HISTOGRAMA Nº 4 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL

DESNUTRICAO

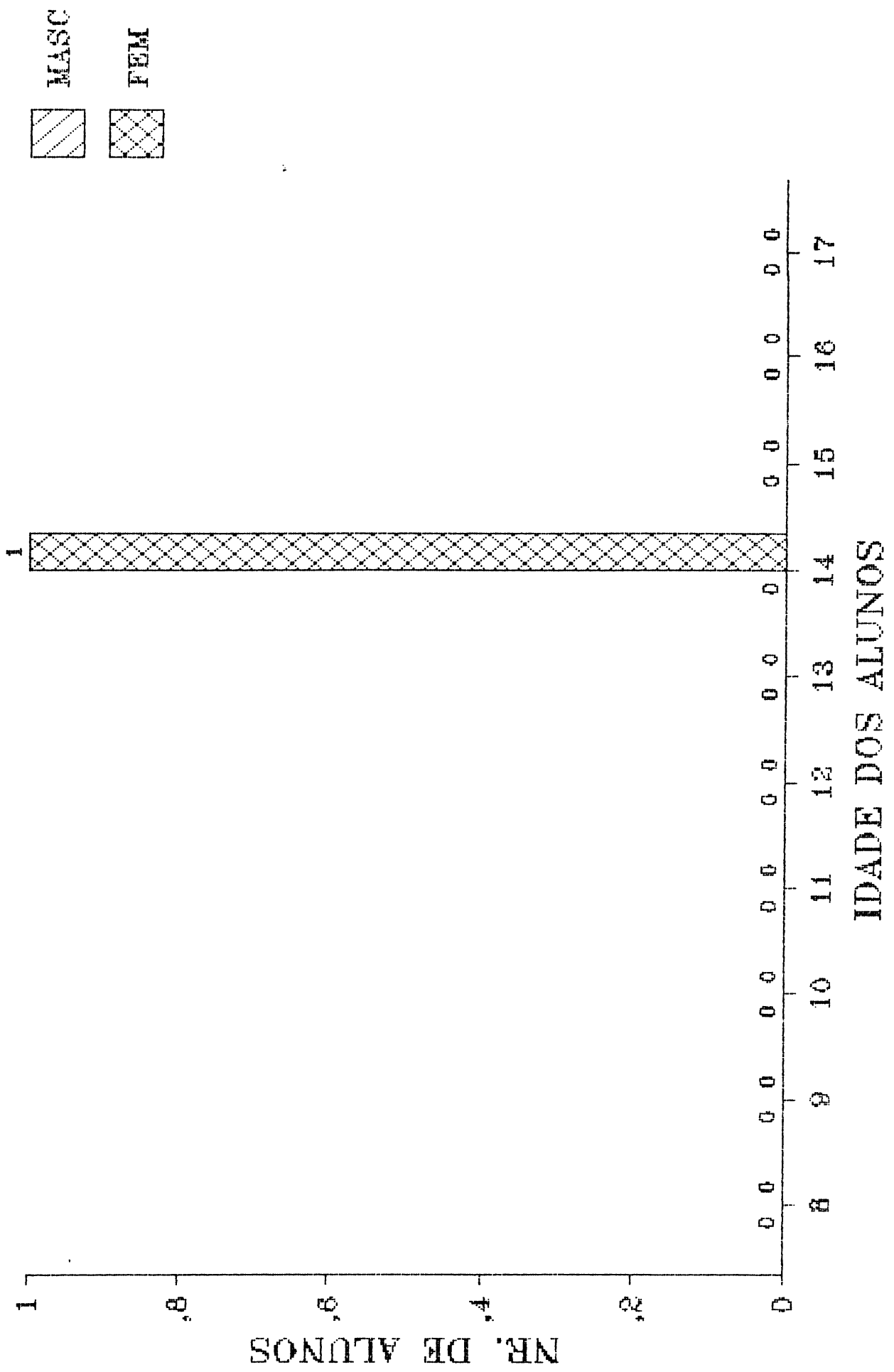


HISTOGRAMA Nº 5 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL
PREMATURIDADE



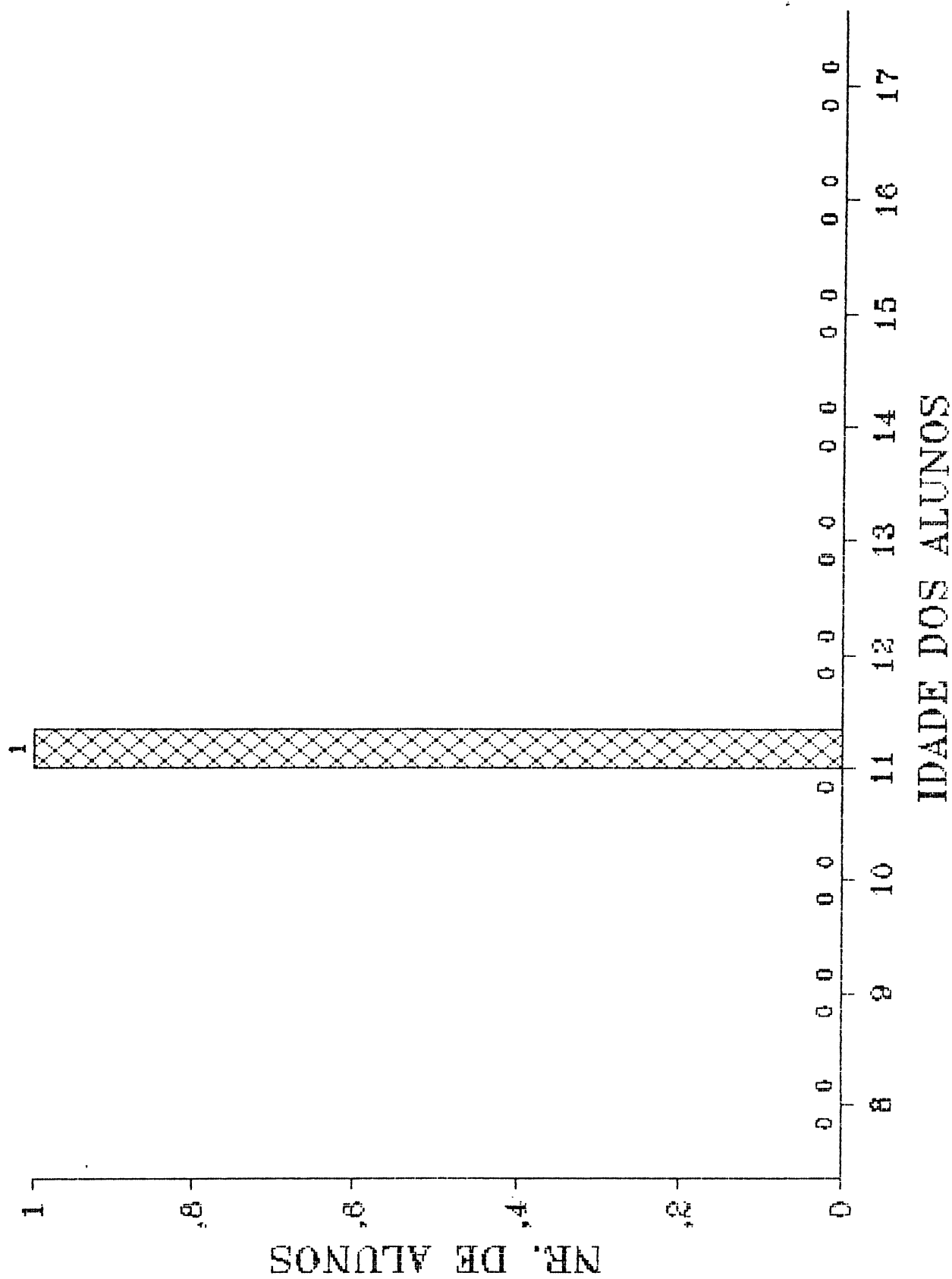
HISTOGRAMA Nº 6 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL

MENINGITE

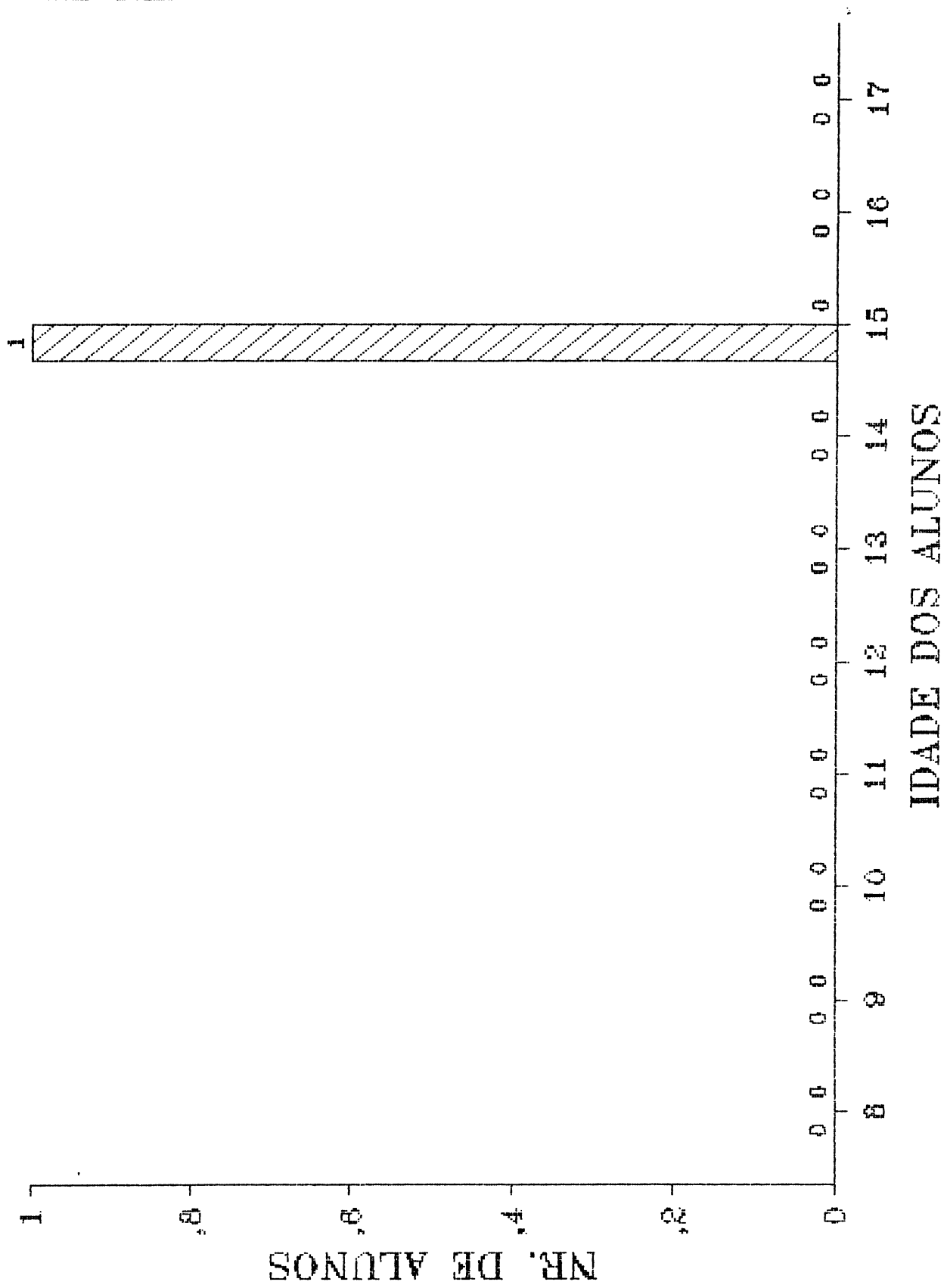


HISTOGRAMA Nº 7 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL

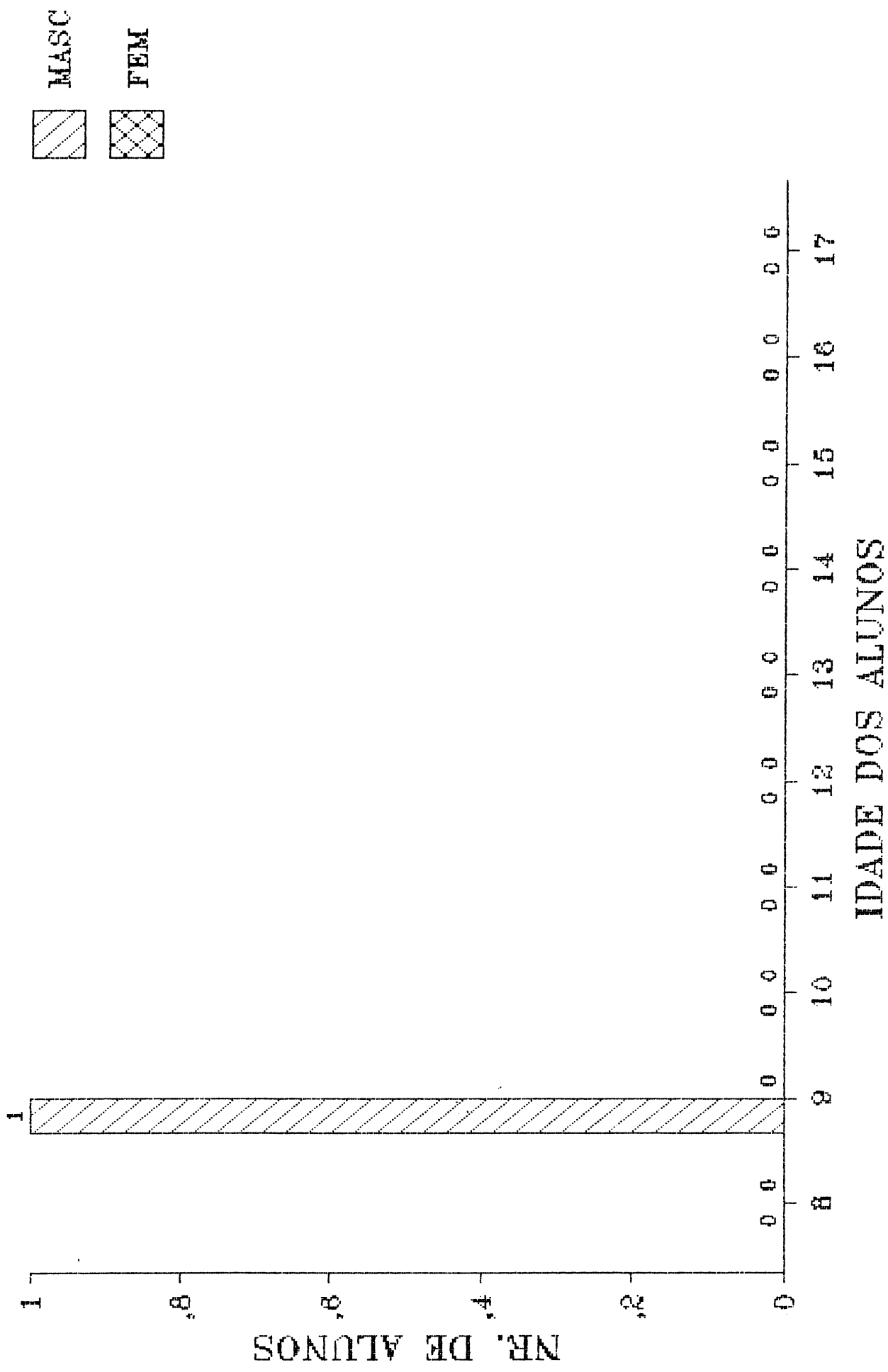
TRAUMAS



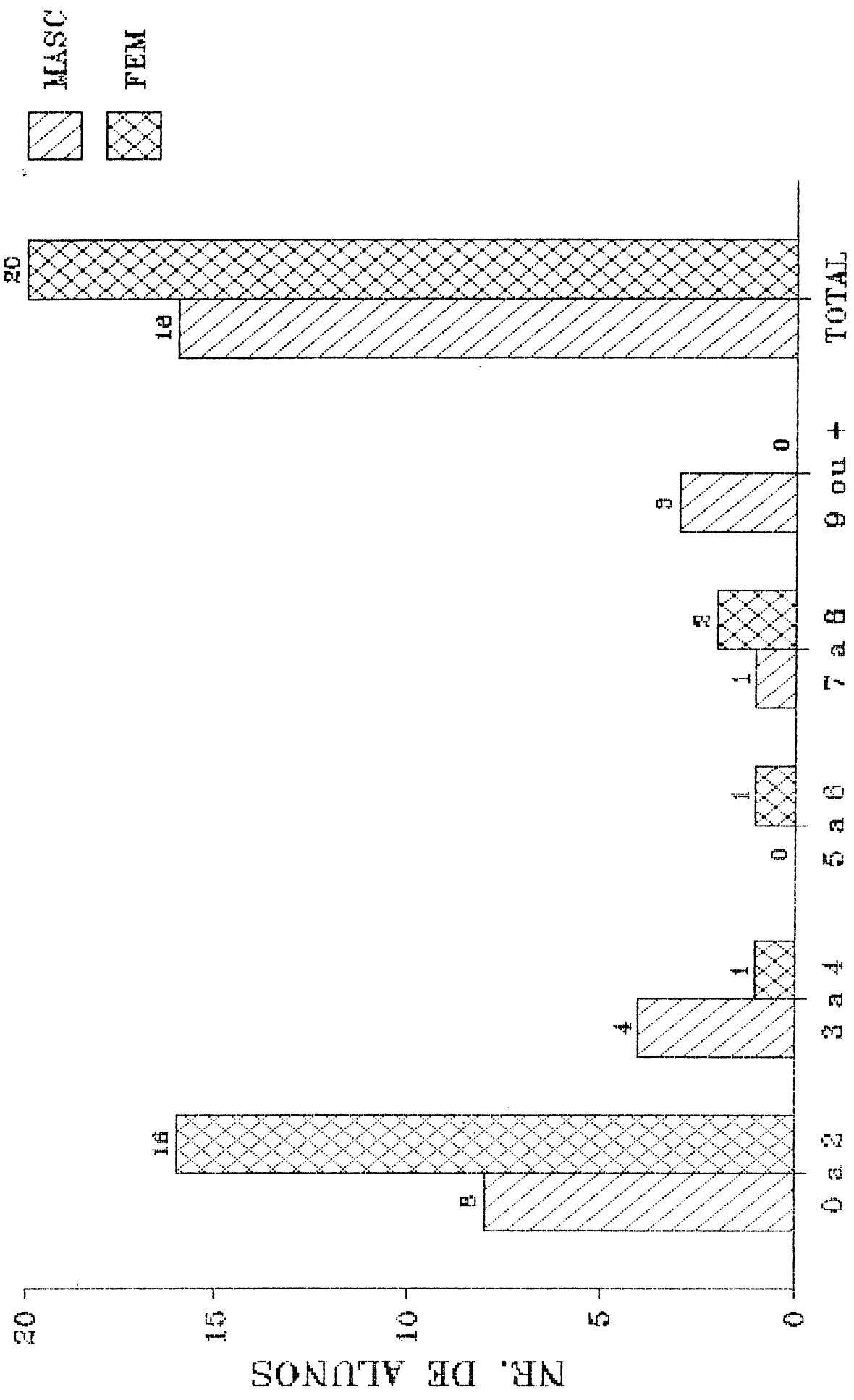
HISTOGRAMA Nº 8 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL
EPILEPSIA



HISTOGRAMA Nº 9 - CAUSA DA DEFICIENCIA MENTAL
 INCOMPATIBILIDADE SANGUINIA - ABO -- RH



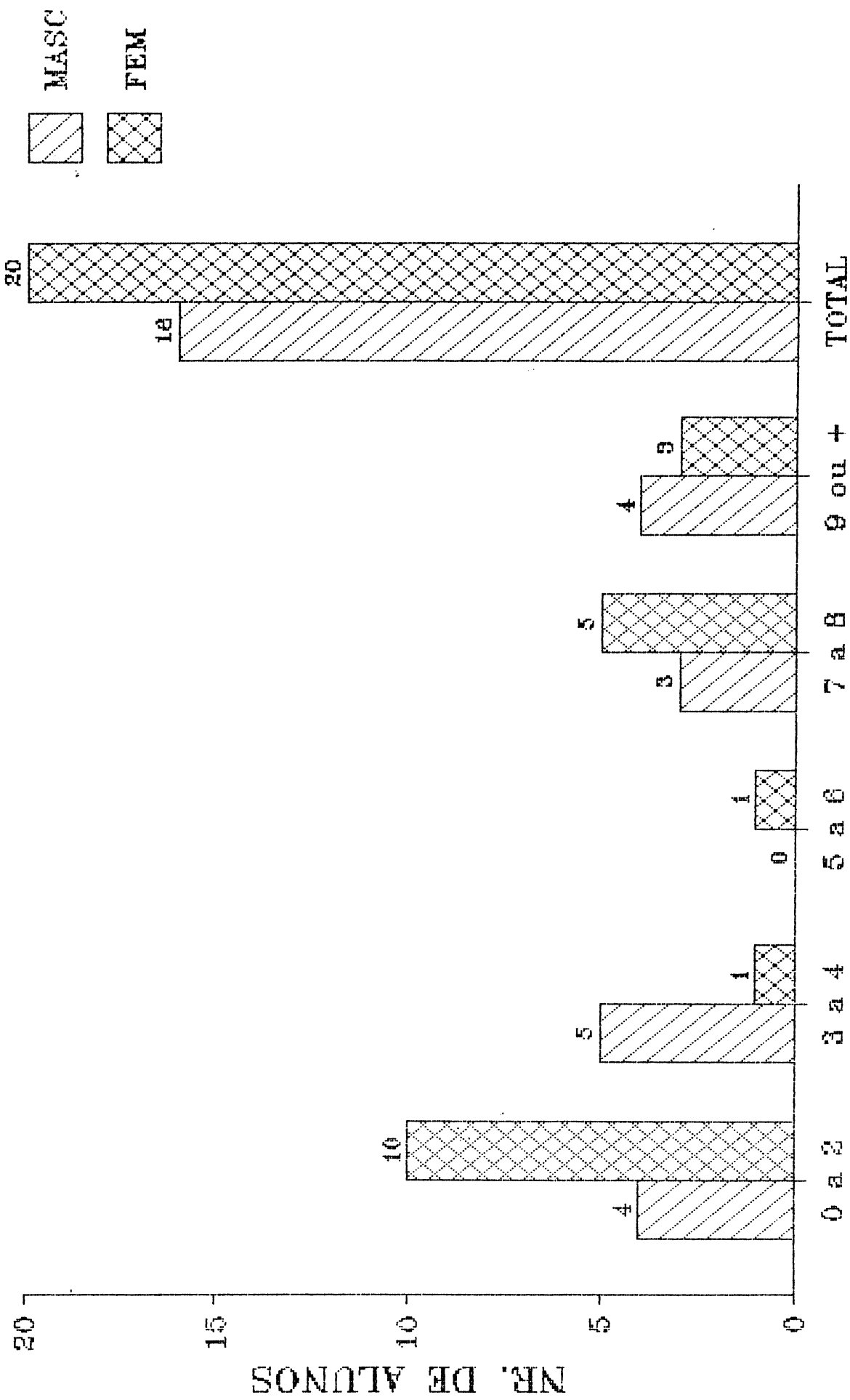
HISTOGRAMA Nº 10 - IDADE EM QUE FOI DETECTADA A DEFICIENCIA MENTAL



IDADE DOS ALUNOS

IDADE EM QUE DEU INICIO A

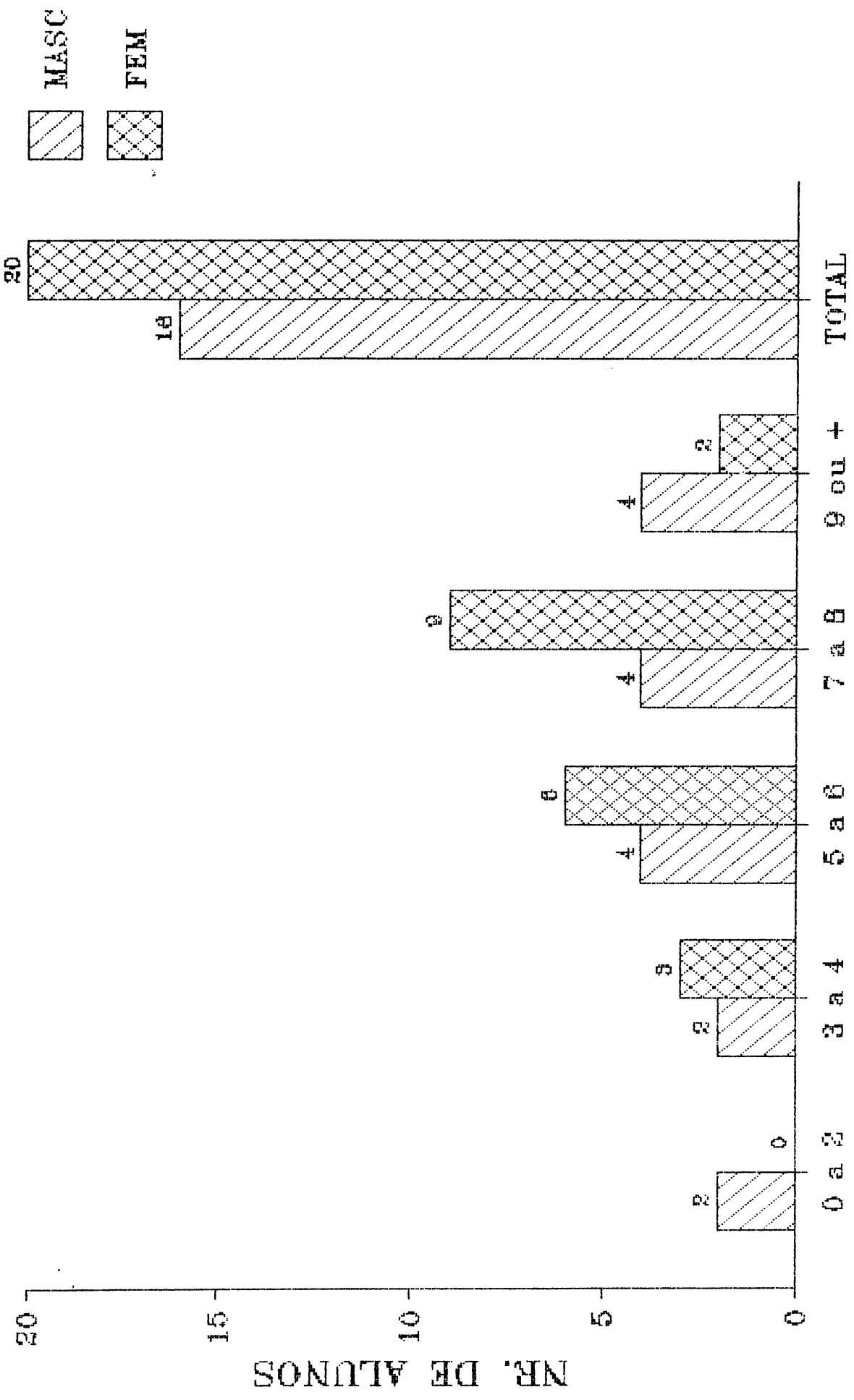
TRATAMENTO ESPECIALIZADO



IDADE DOS ALUNOS

HISTOGRAMA Nº 12 - IDADE EM QUE O D. MENTAL FOI

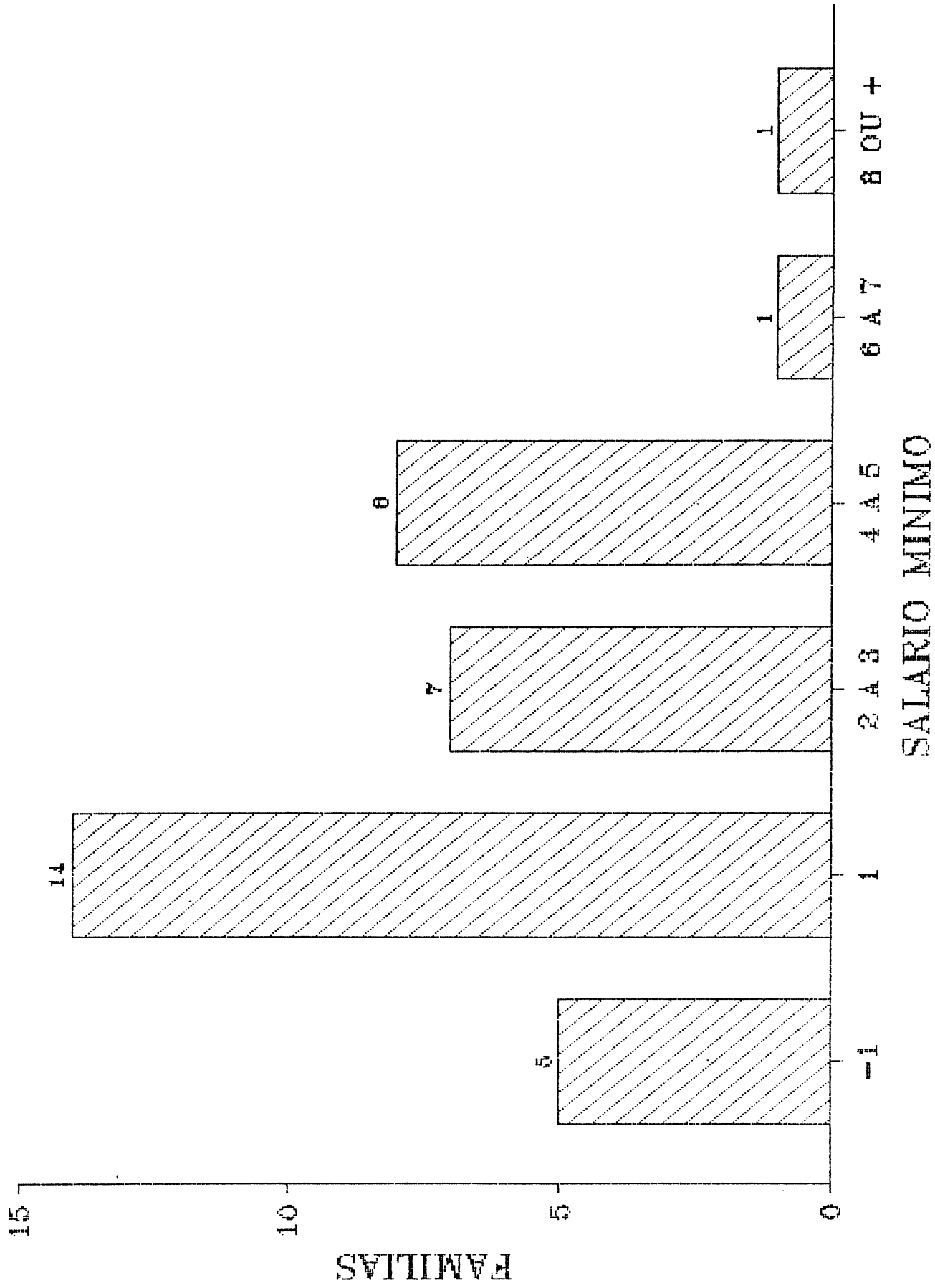
ENCAMINHADO A ESCOLA



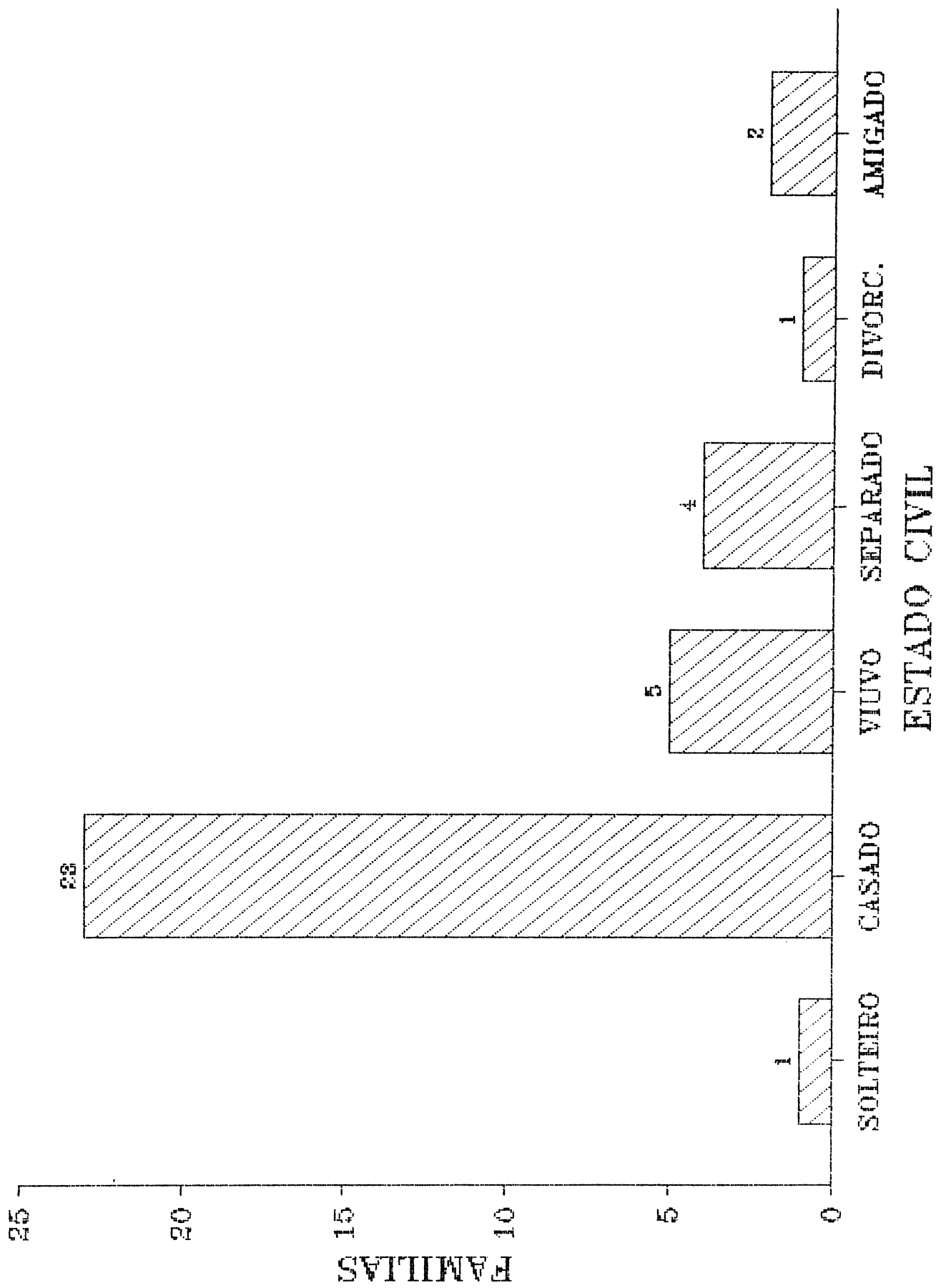
IDADE DOS ALUNOS

RENDA FAMILIAR

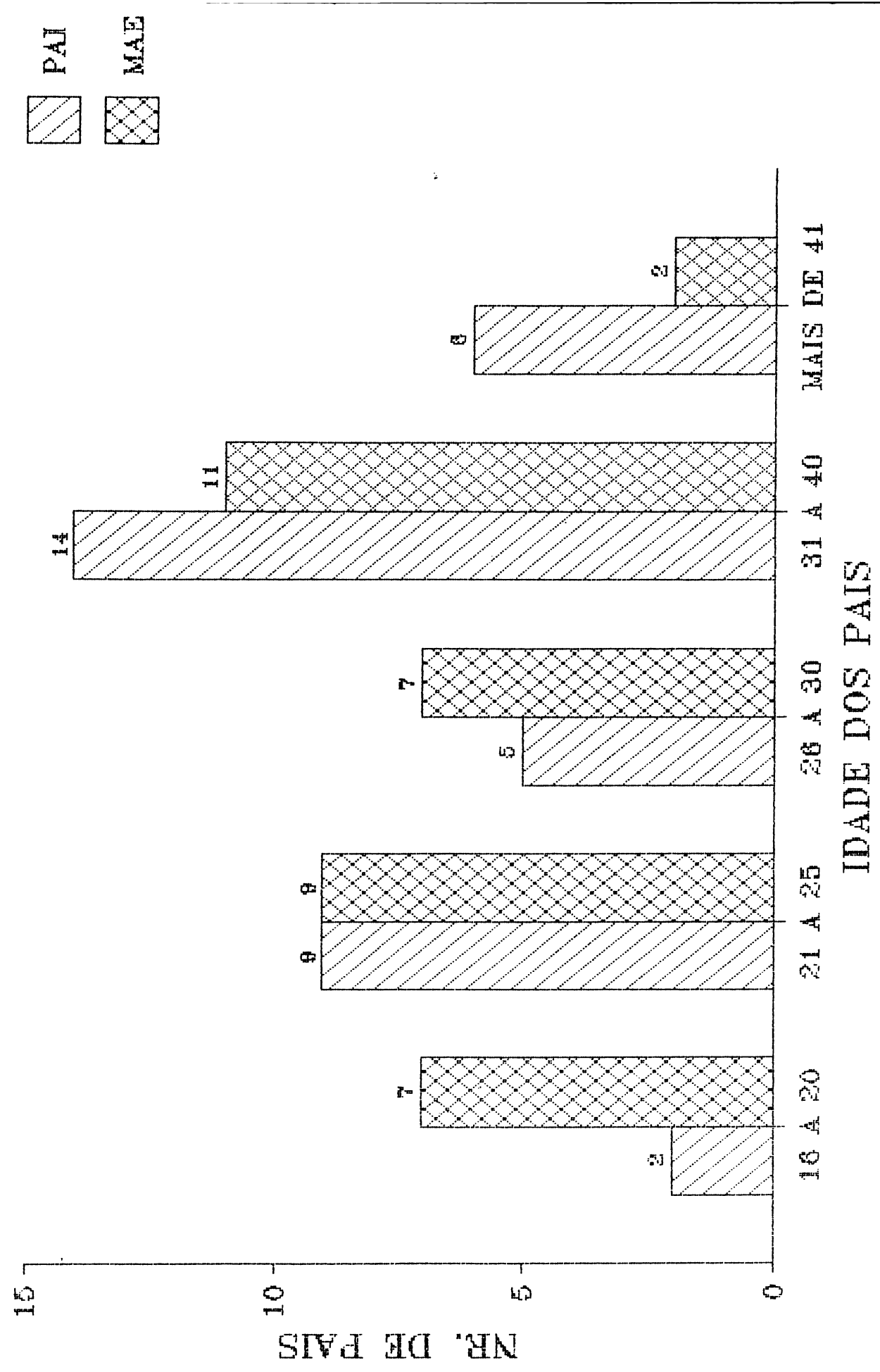
HISTOGRAMA Nº 13 -



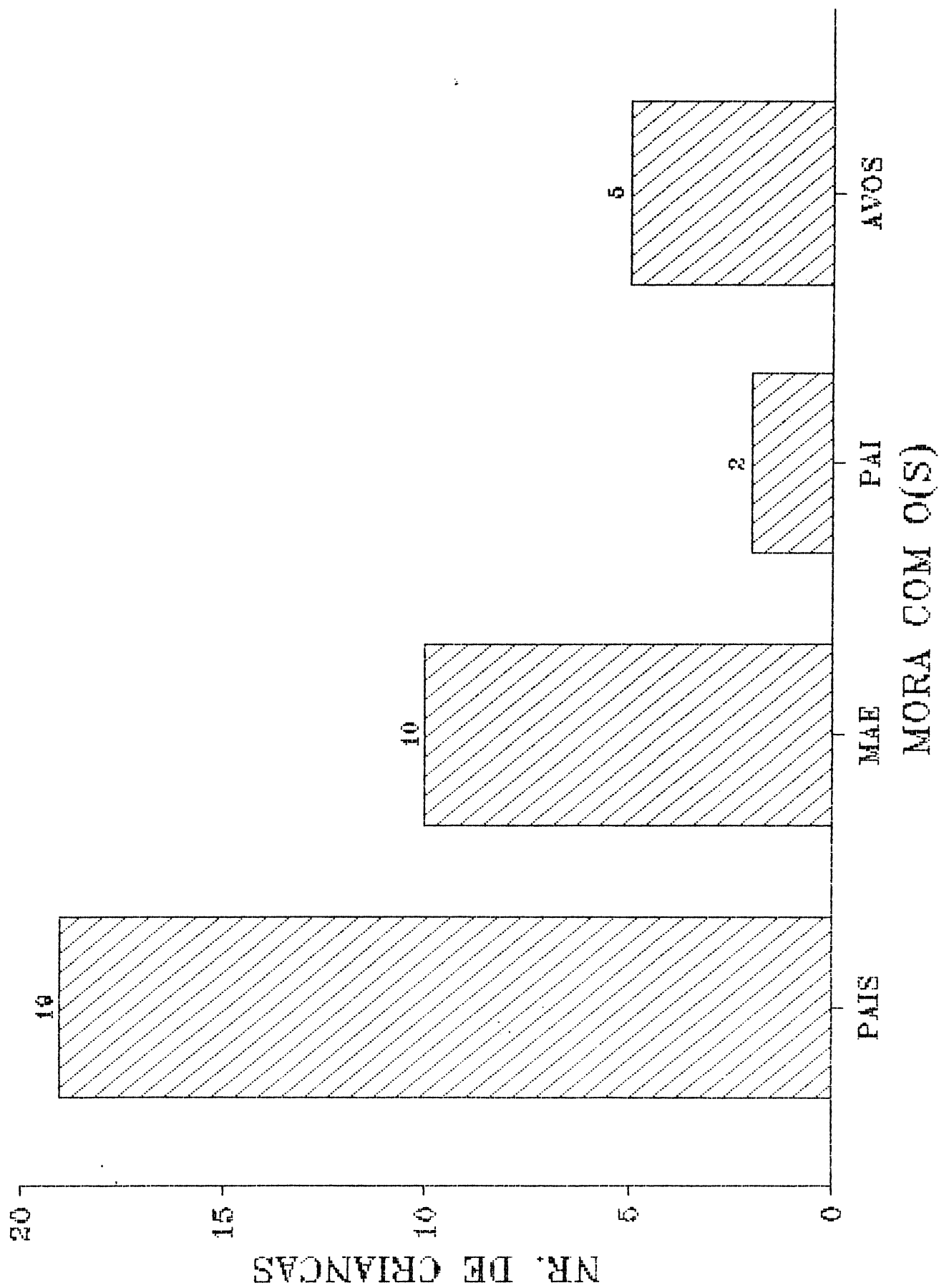
HISTOGRAMA Nº 14 - ESTADO CIVIL DOS PAIS



HISTOGRAMA Nº 15 - IDADE DOS PAIS QUANDO A CRIANCA NASCEU



HISTOGRAMA Nº 16 - COM QUEM A CRIANÇA RESIDE

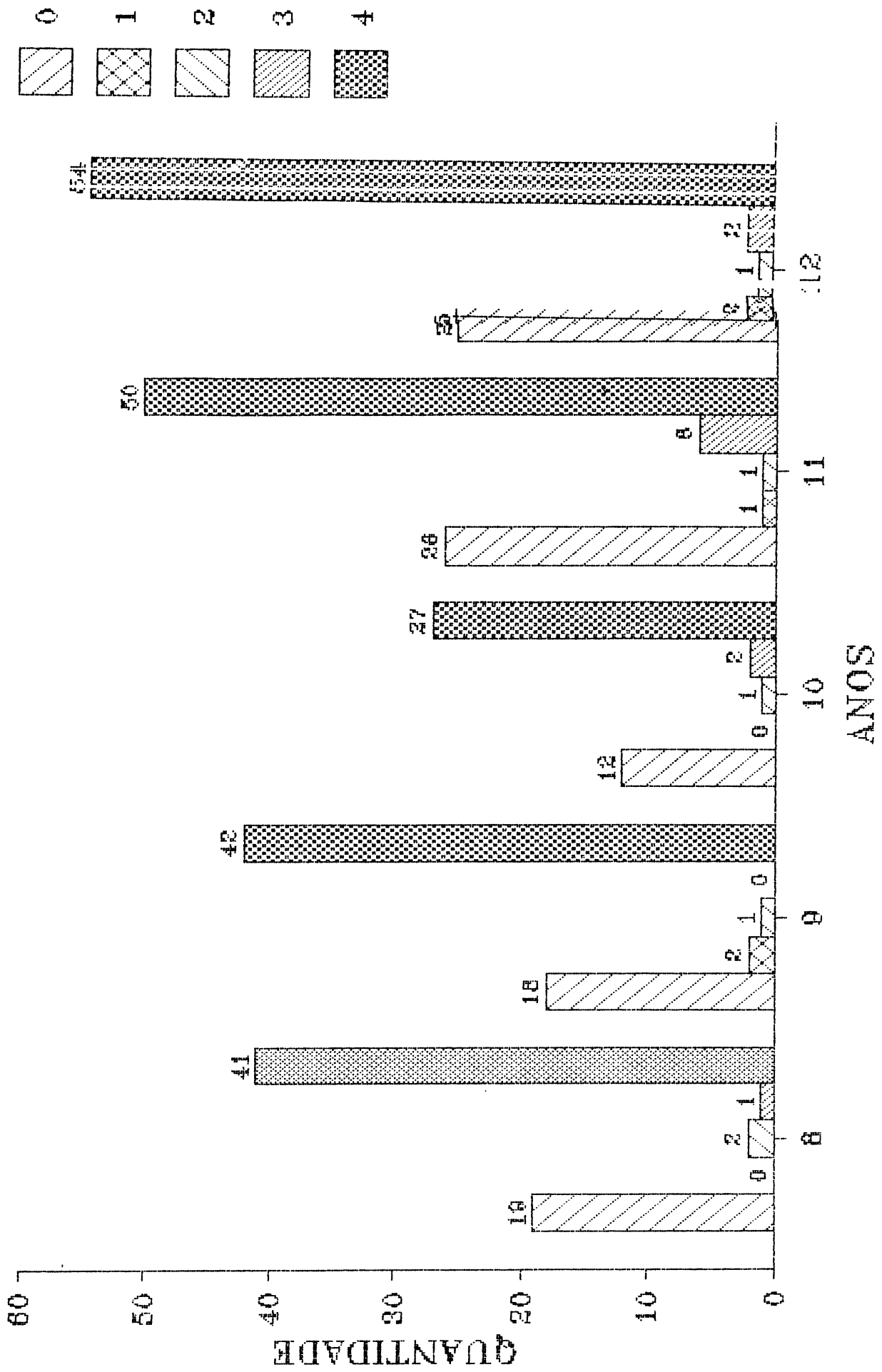


HISTOGRAMAS N^{os} 17 à 28 - RESULTADOS PARCIAIS DA A -
PLICAÇÃO DO TESTE PSICOMOTOR DE J. MELCHERTS, ÍTENS
I à XII

IDADES - 8 à 17 ANOS

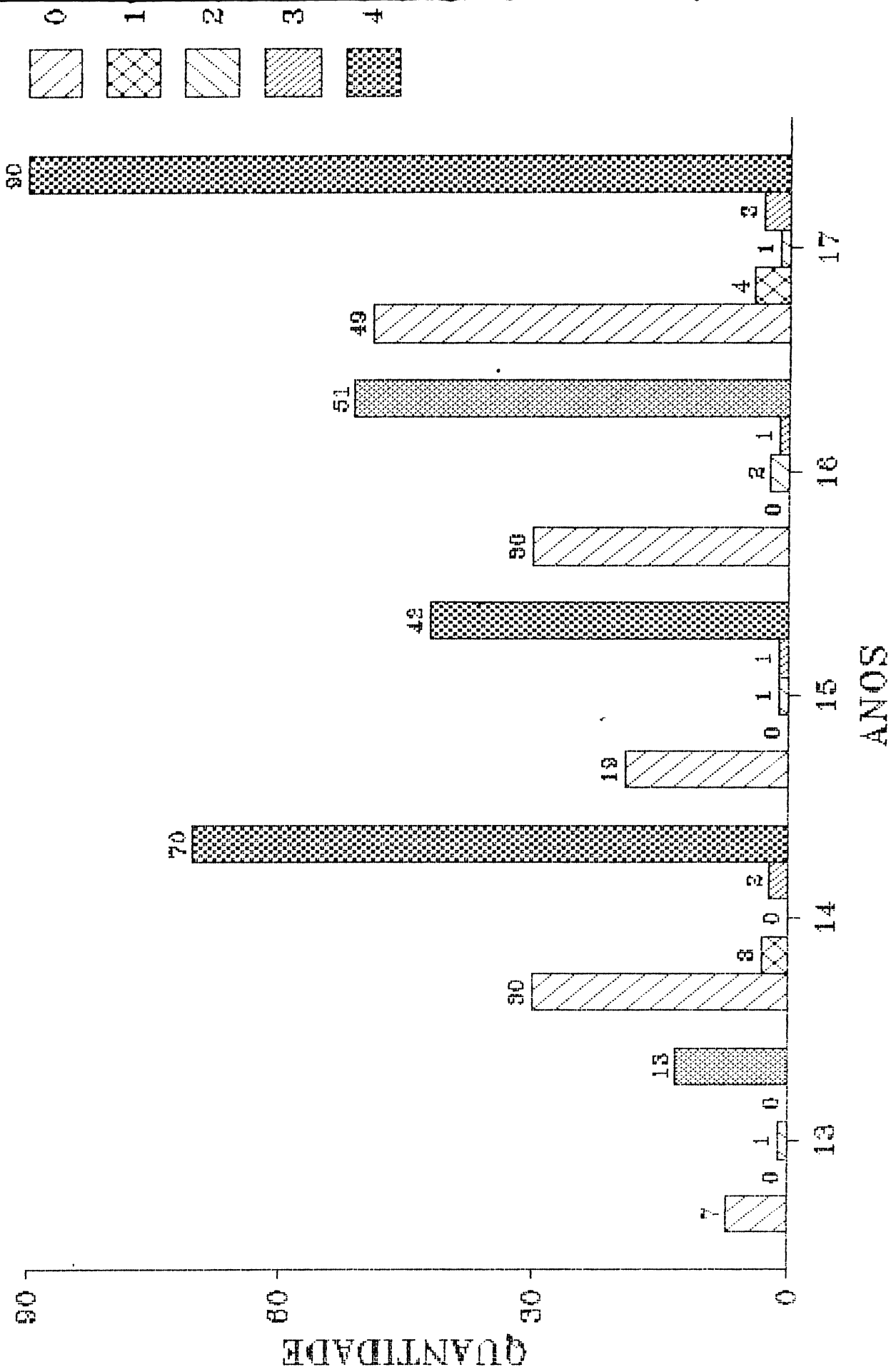
I- COMPORTAMENTOS DE PRE-LOCOMOCÃO

HISTOGRAMA Nº 17 VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



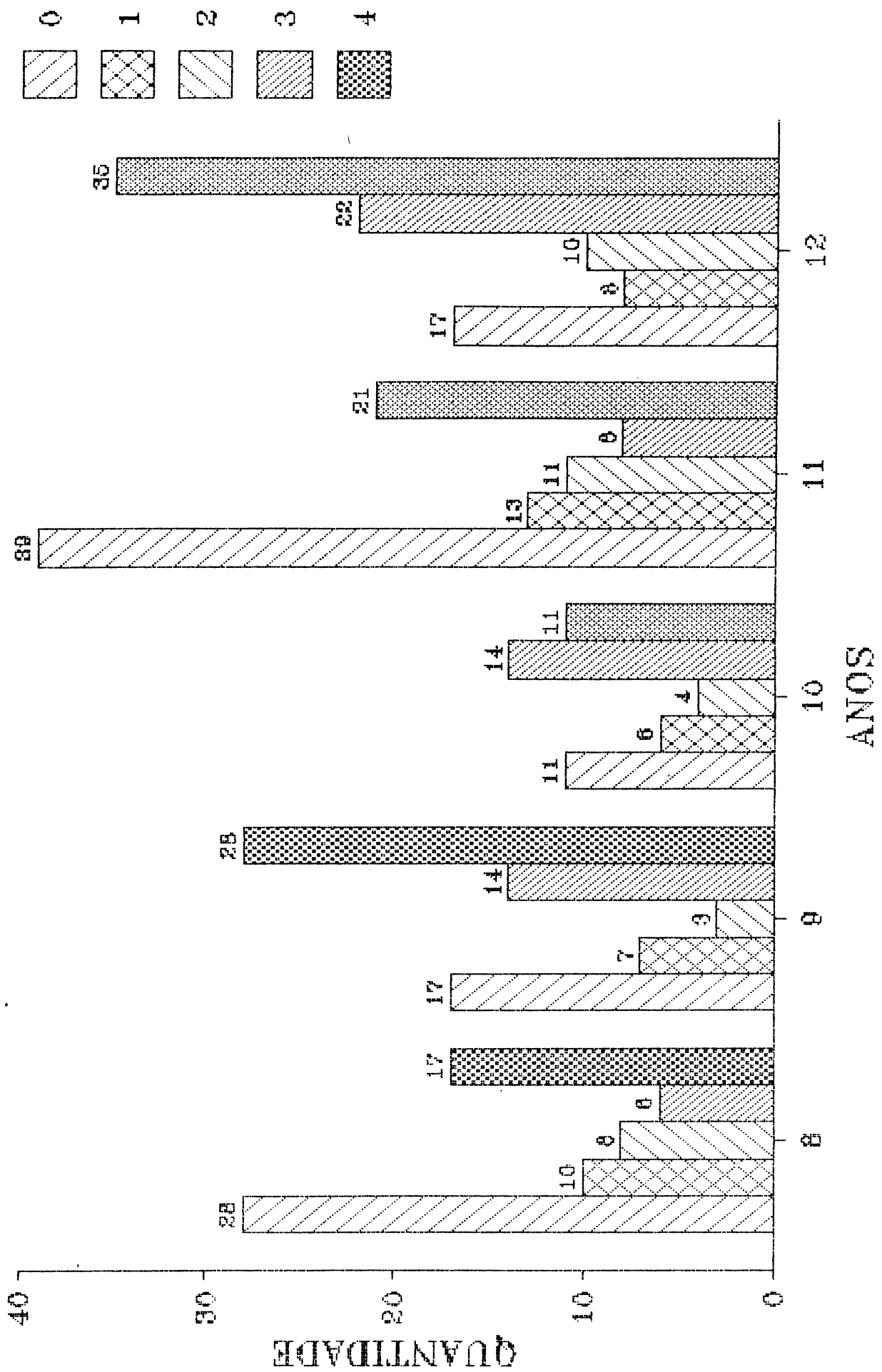
I- COMPORTAMENTOS DE PRE-LOCOMOÇÃO

HISTOGRAMA Nº 17- A VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



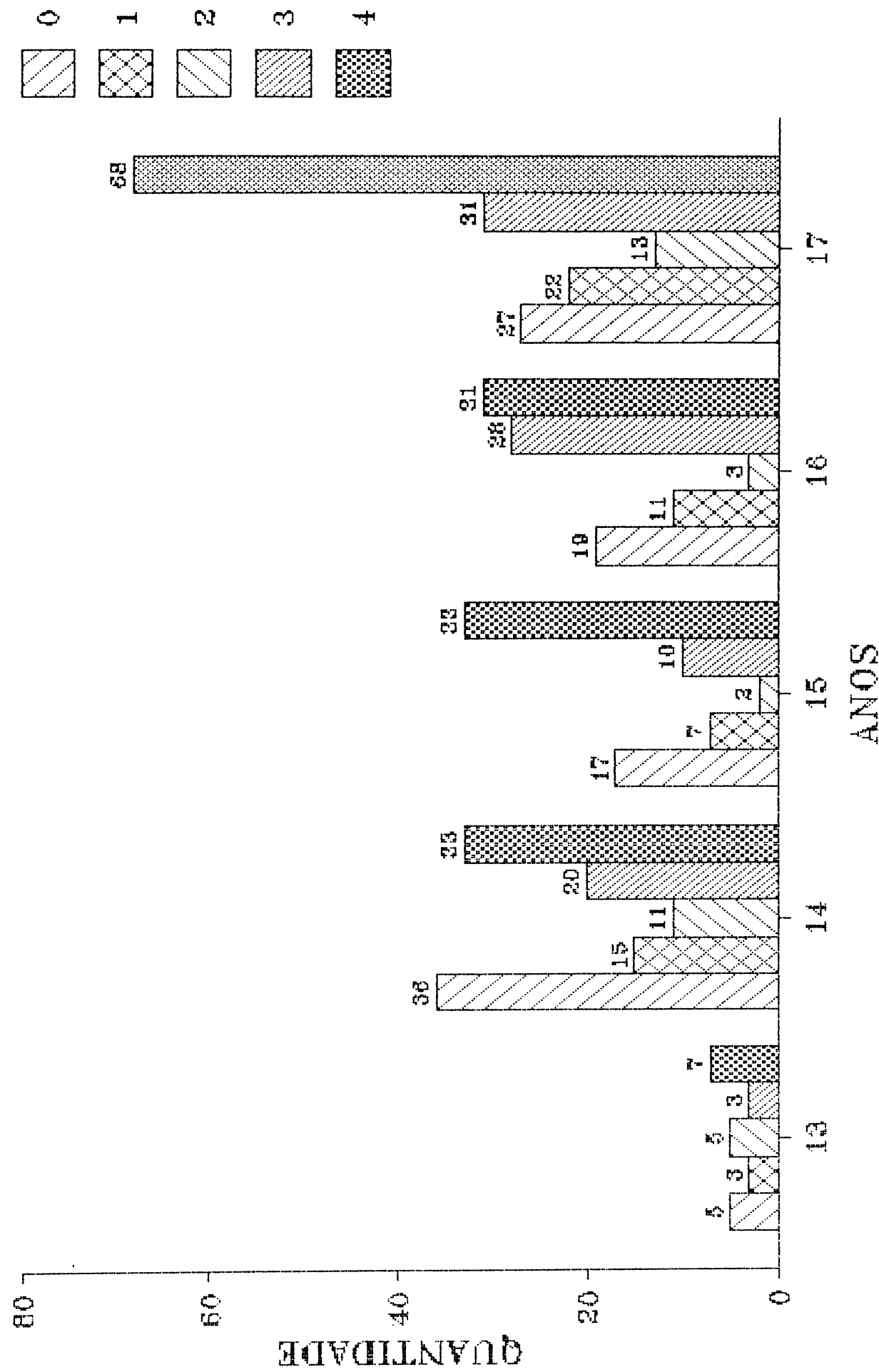
II- VARIACOES NA LOCOMOCAO

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



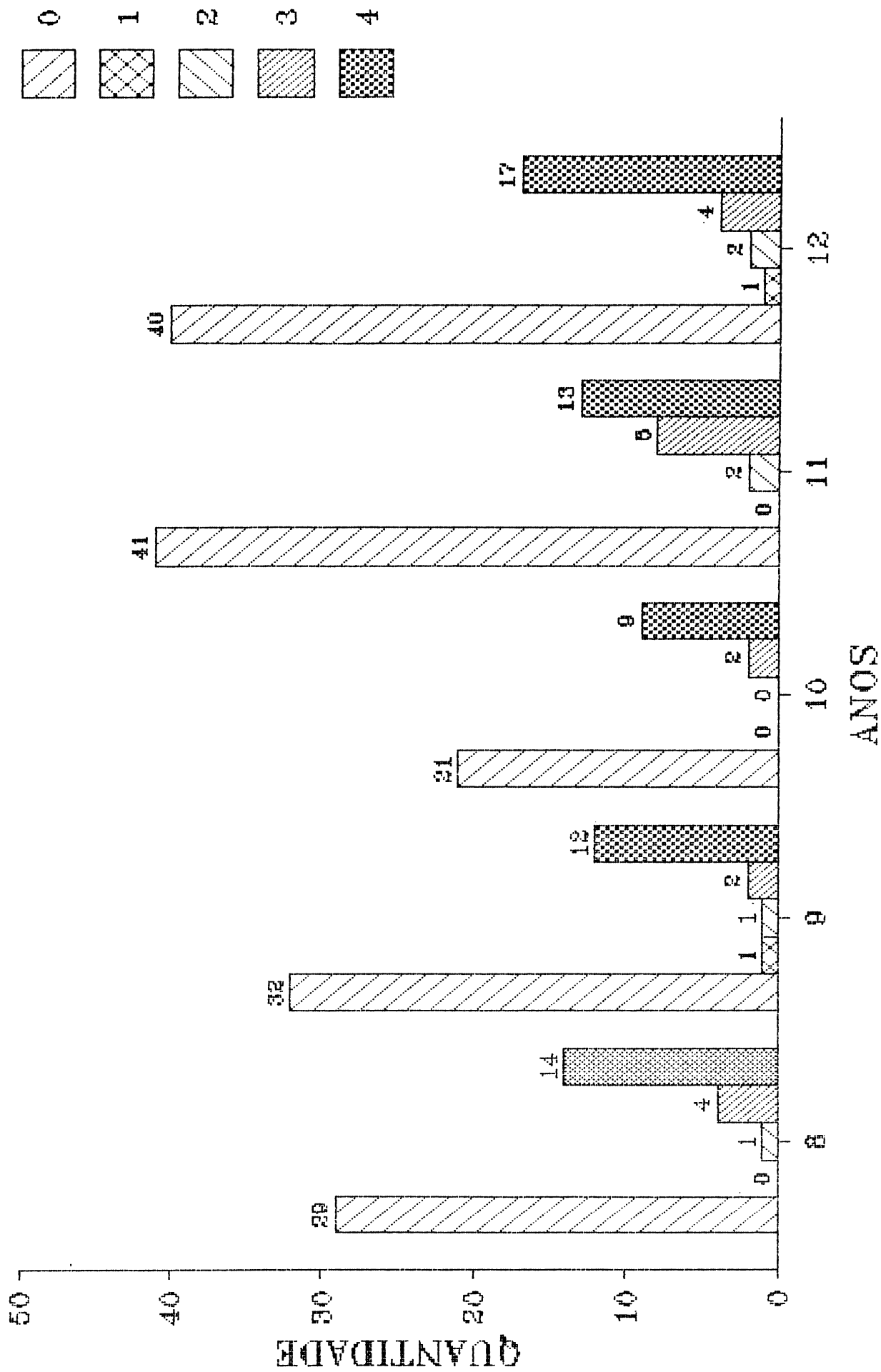
HISTOGRAMA Nº 18/A II - VARIACOES NA LOCOMOÇÃO

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



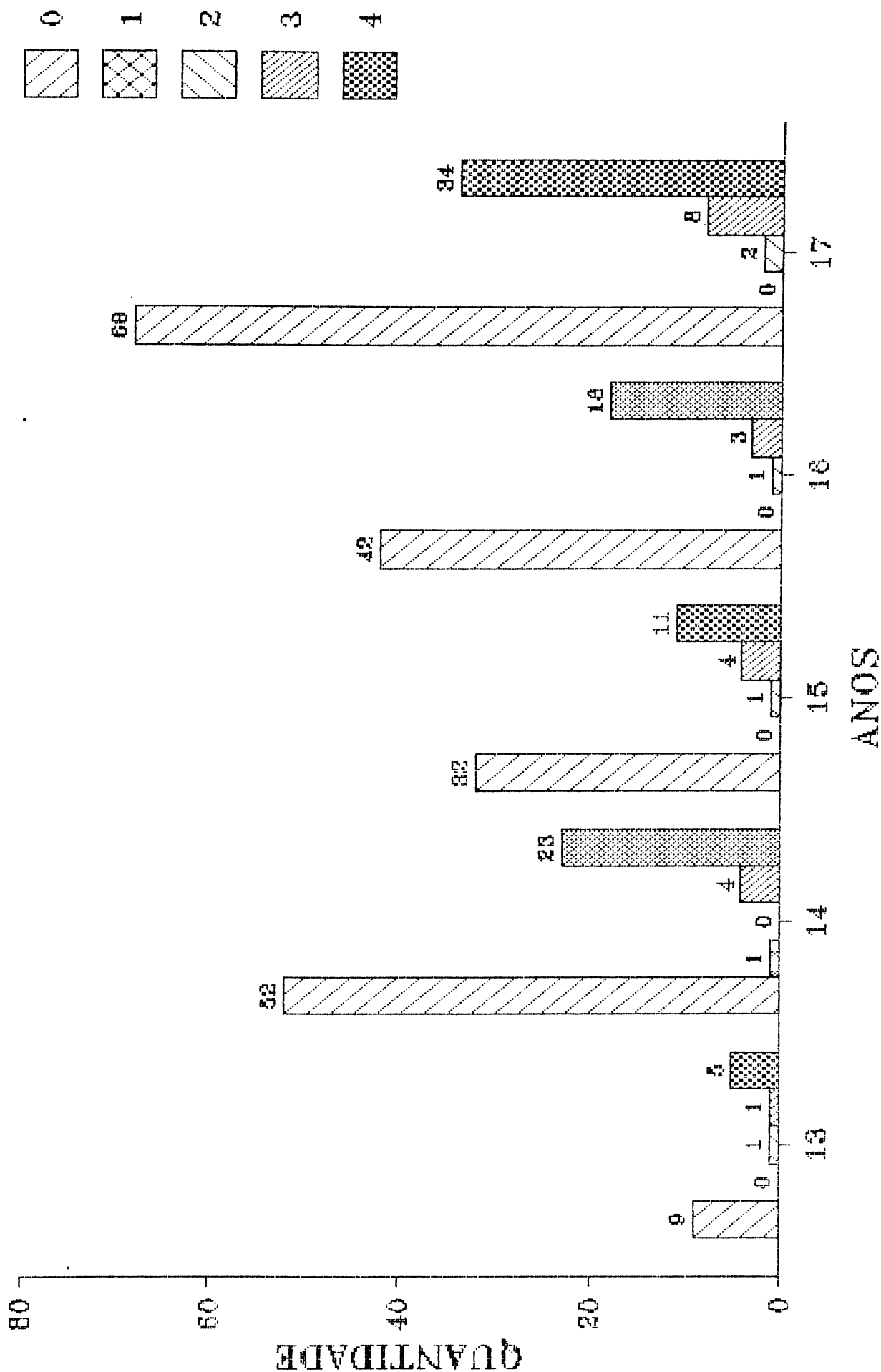
HISTOGRAMA Nº 19 III - MOVIMENTOS QUALITATIVOS

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



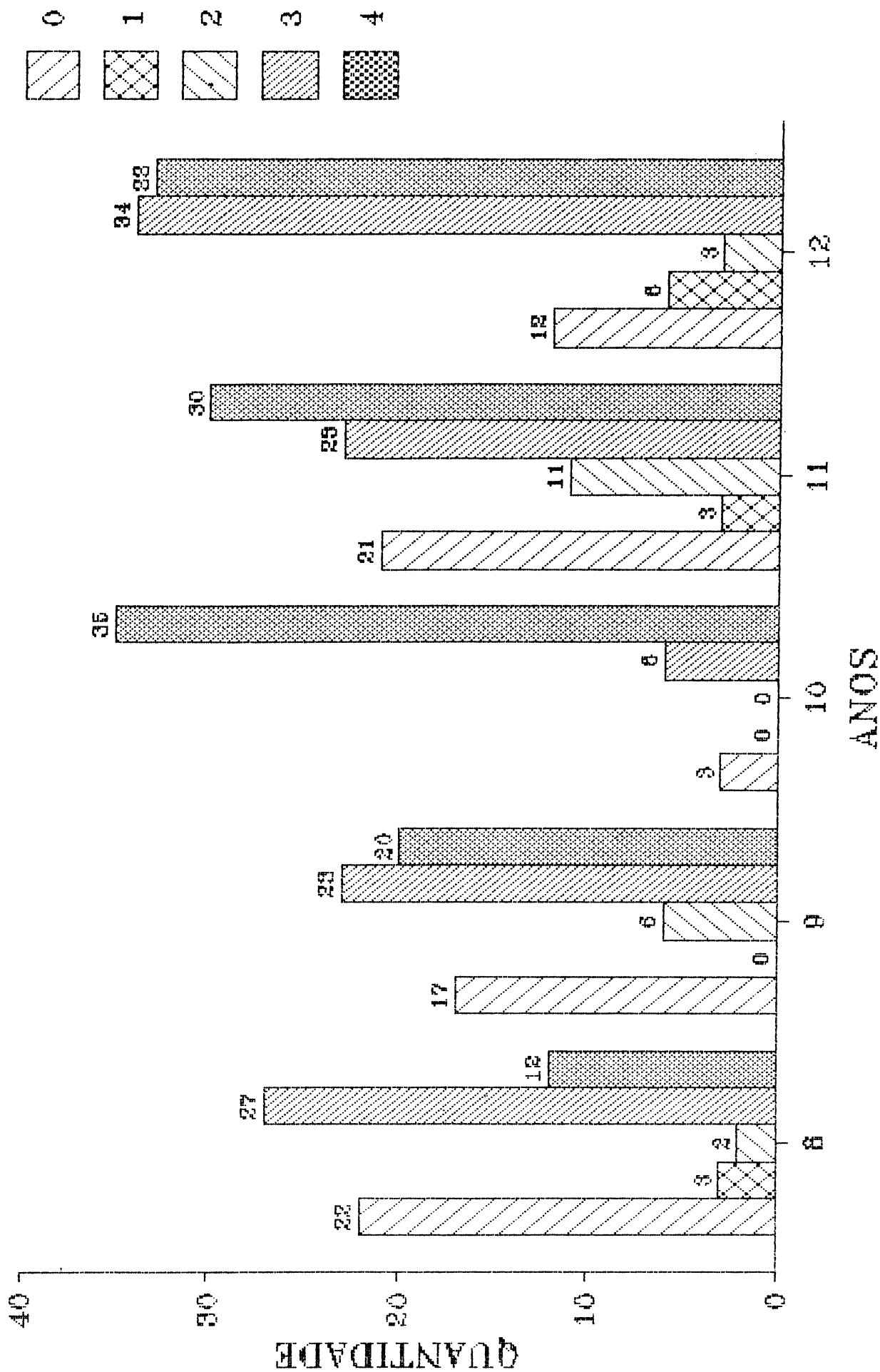
HISTOGRAMA Nº 19/A III -- MOVIMENTOS QUALITATIVOS

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)

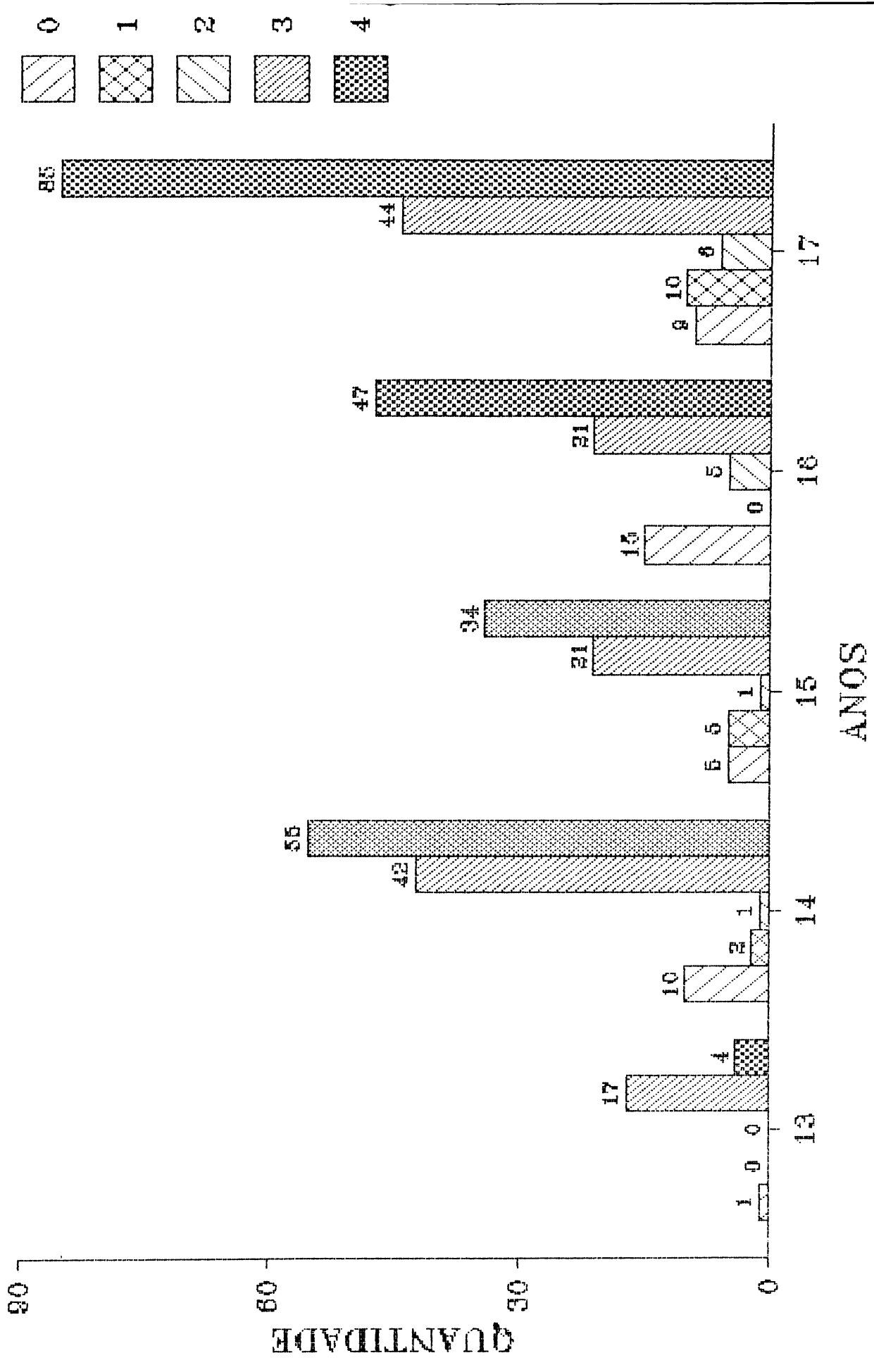


IV - INTERCEPCAO DE BOLAS

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



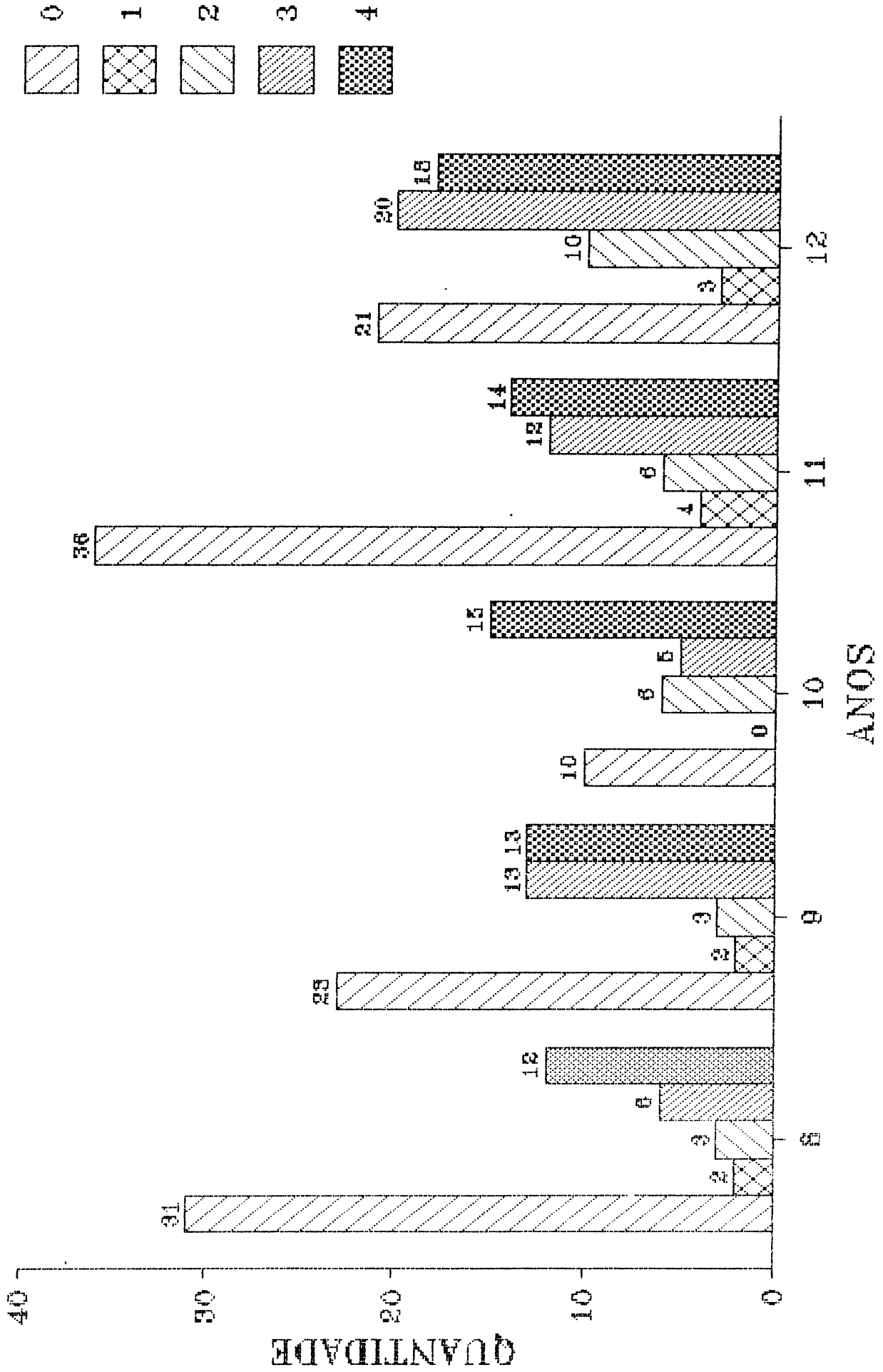
HISTOGRAMA Nº 20/A **IV - INTERCEPCAO DE BOLAS**
VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



V-- ARREMESSO DE BOLAS COM IMPULSO

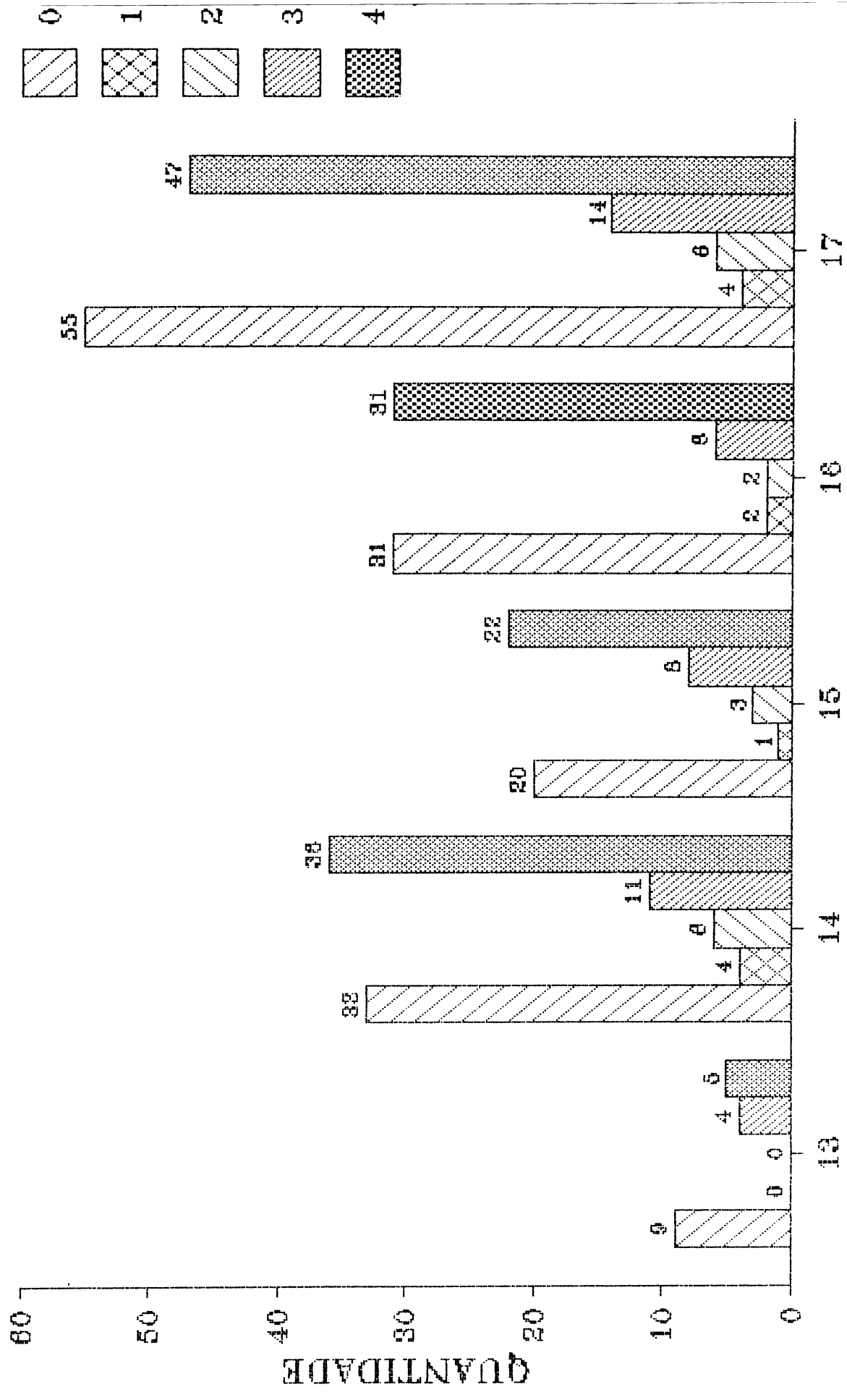
HISTOGRAMA Nº 21

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



V- ARREMESSO DE BOLAS COM IMPULSO

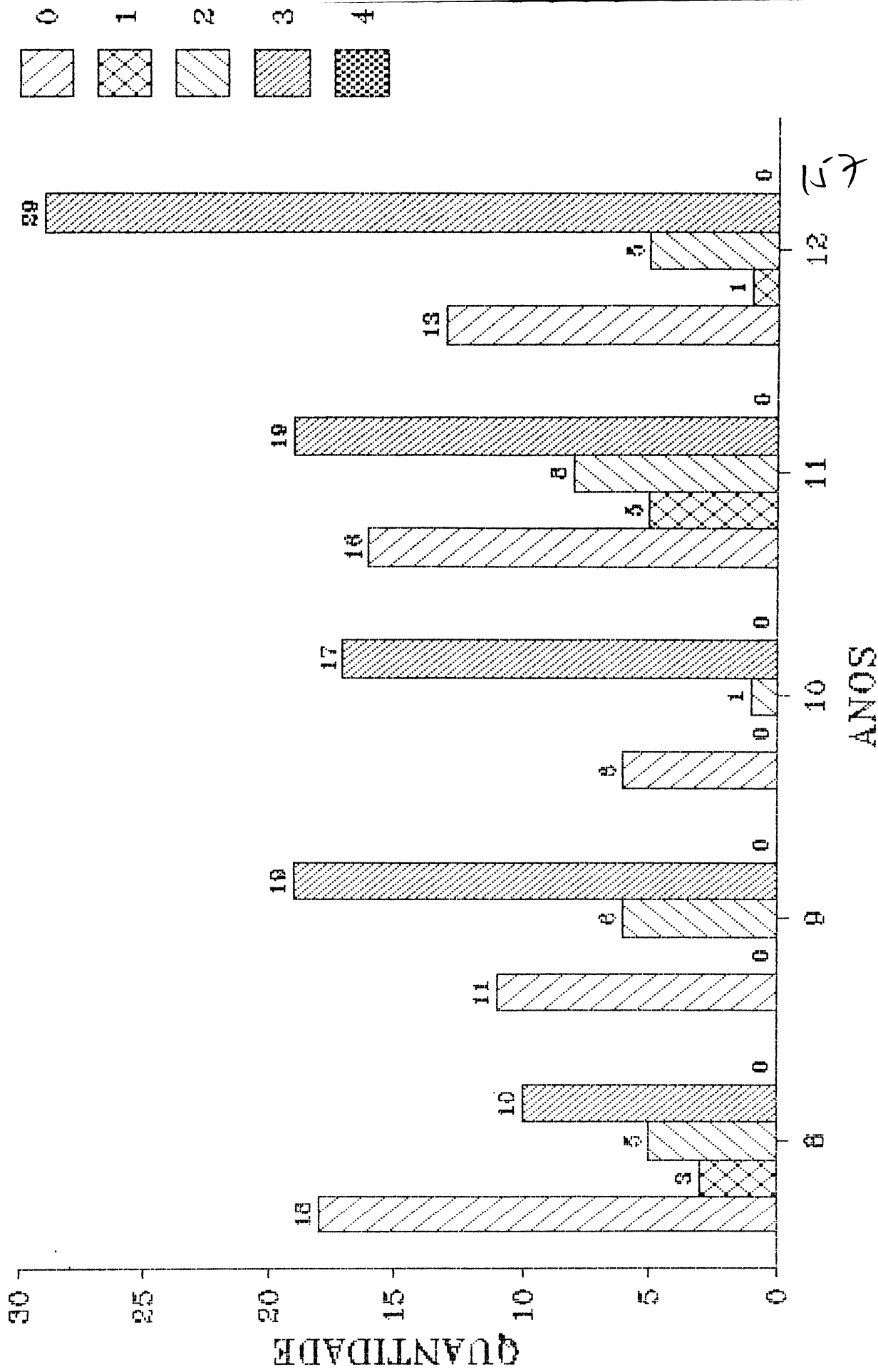
HISTOGRAMA Nº 21/A VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



ANOS

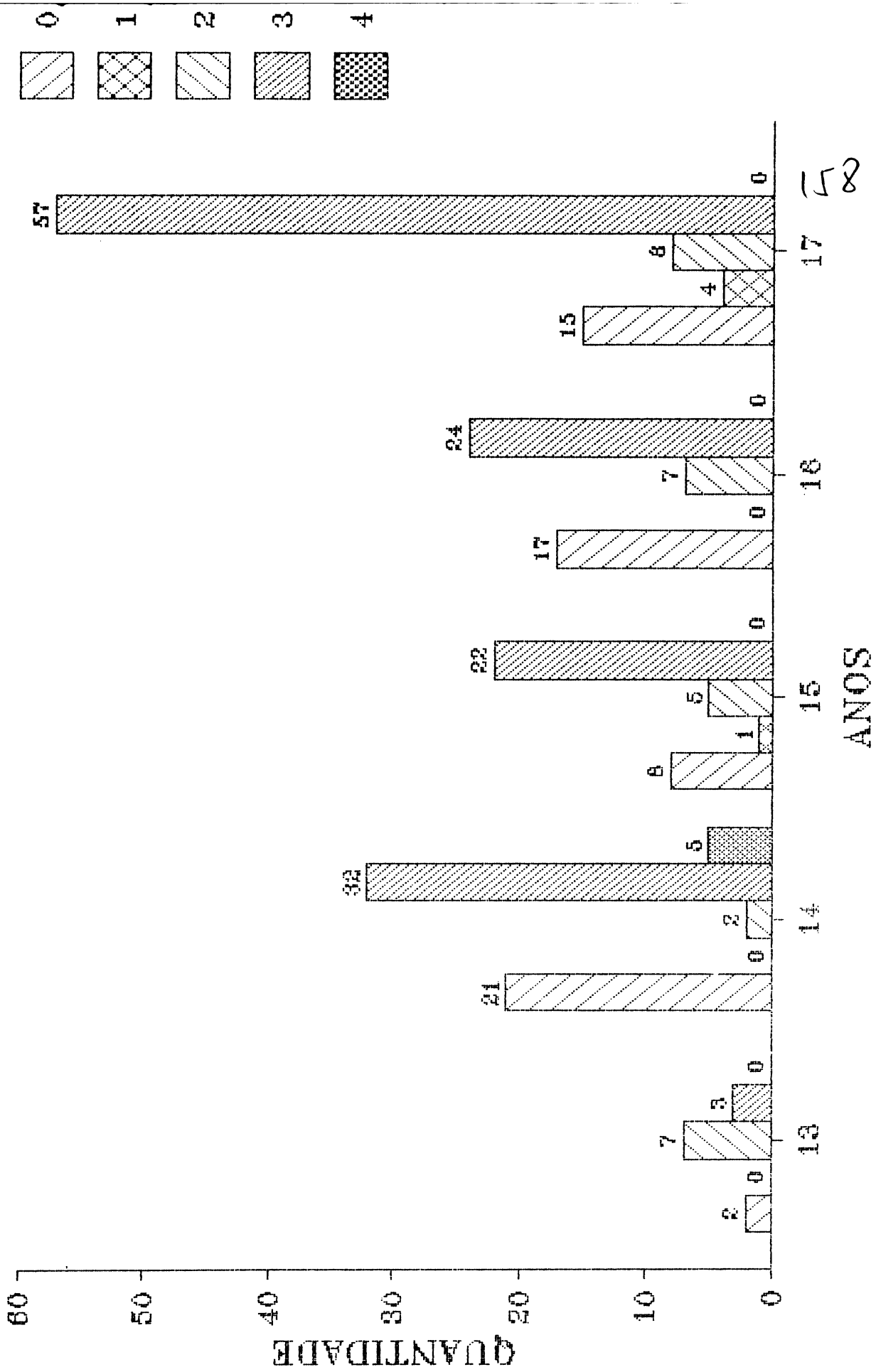
VI- HABILIDADES P/ SEG. RAQUETE E BASTAO

HISTOGRAMA Nº 22 VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



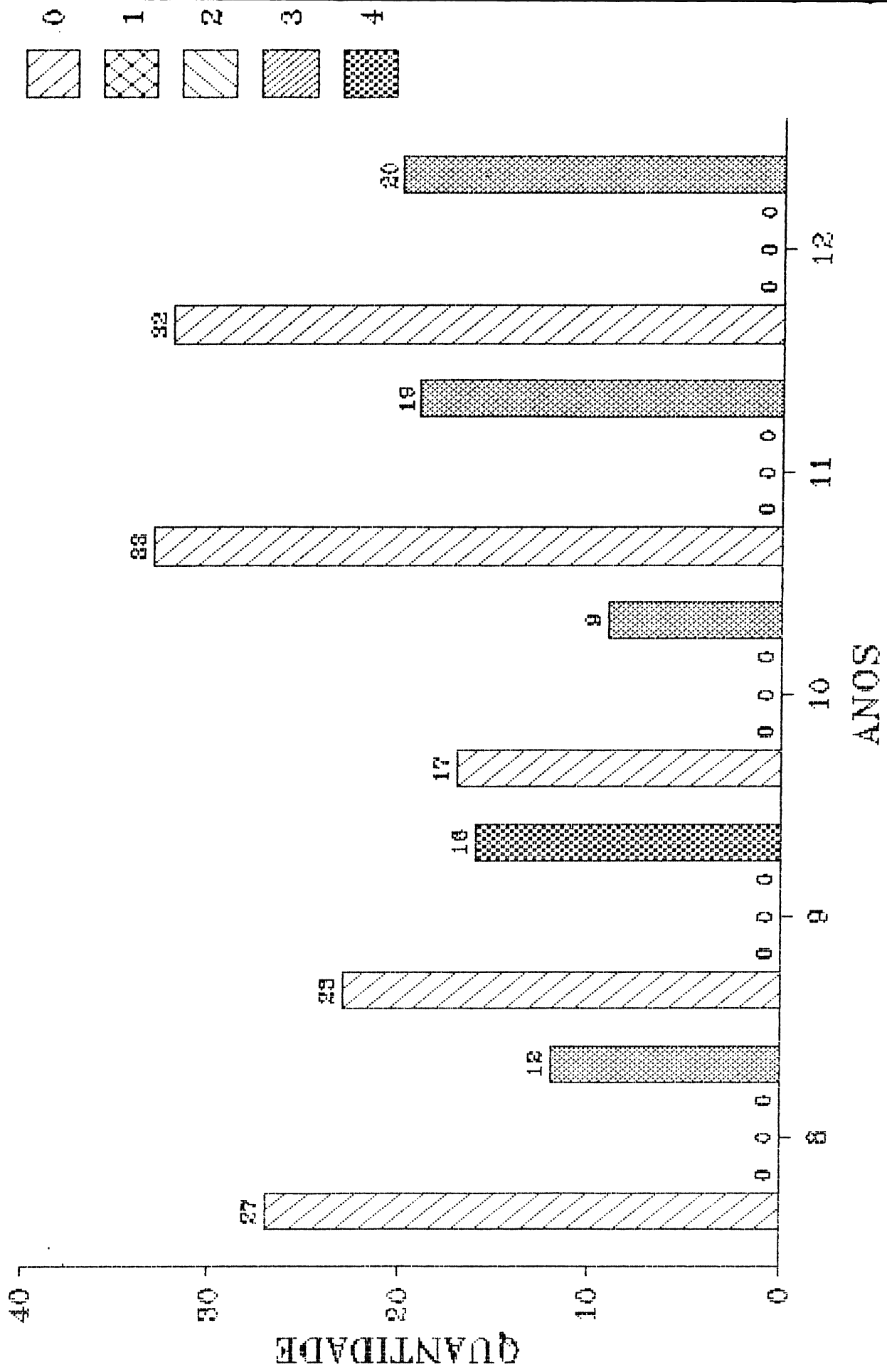
VI- HABILIDADES P / SEG. RAQUETE E BASTAO

HISTOGRAMA Nº 22/A VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



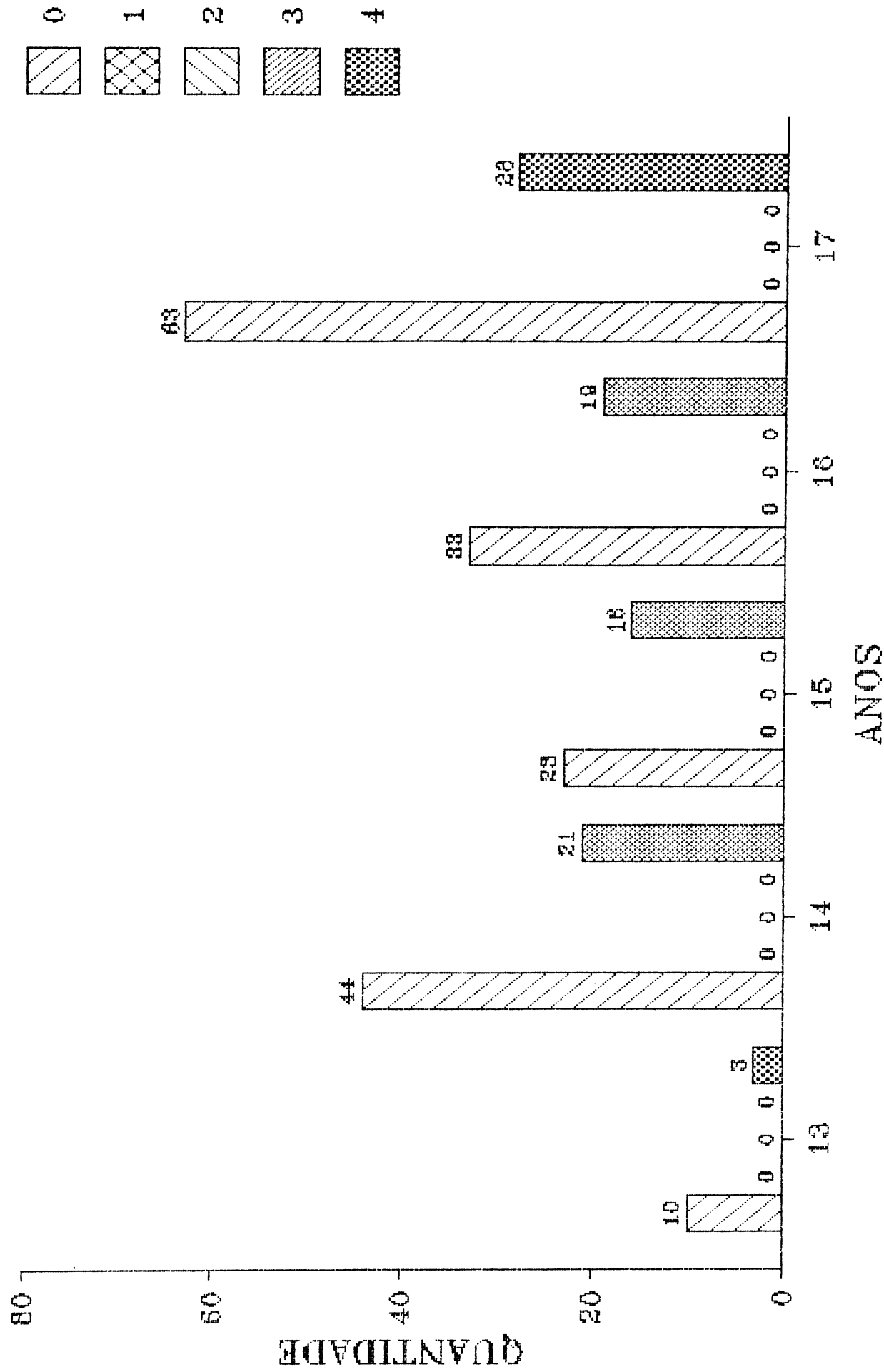
VII - QUALIDADE DE ATENÇÃO

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



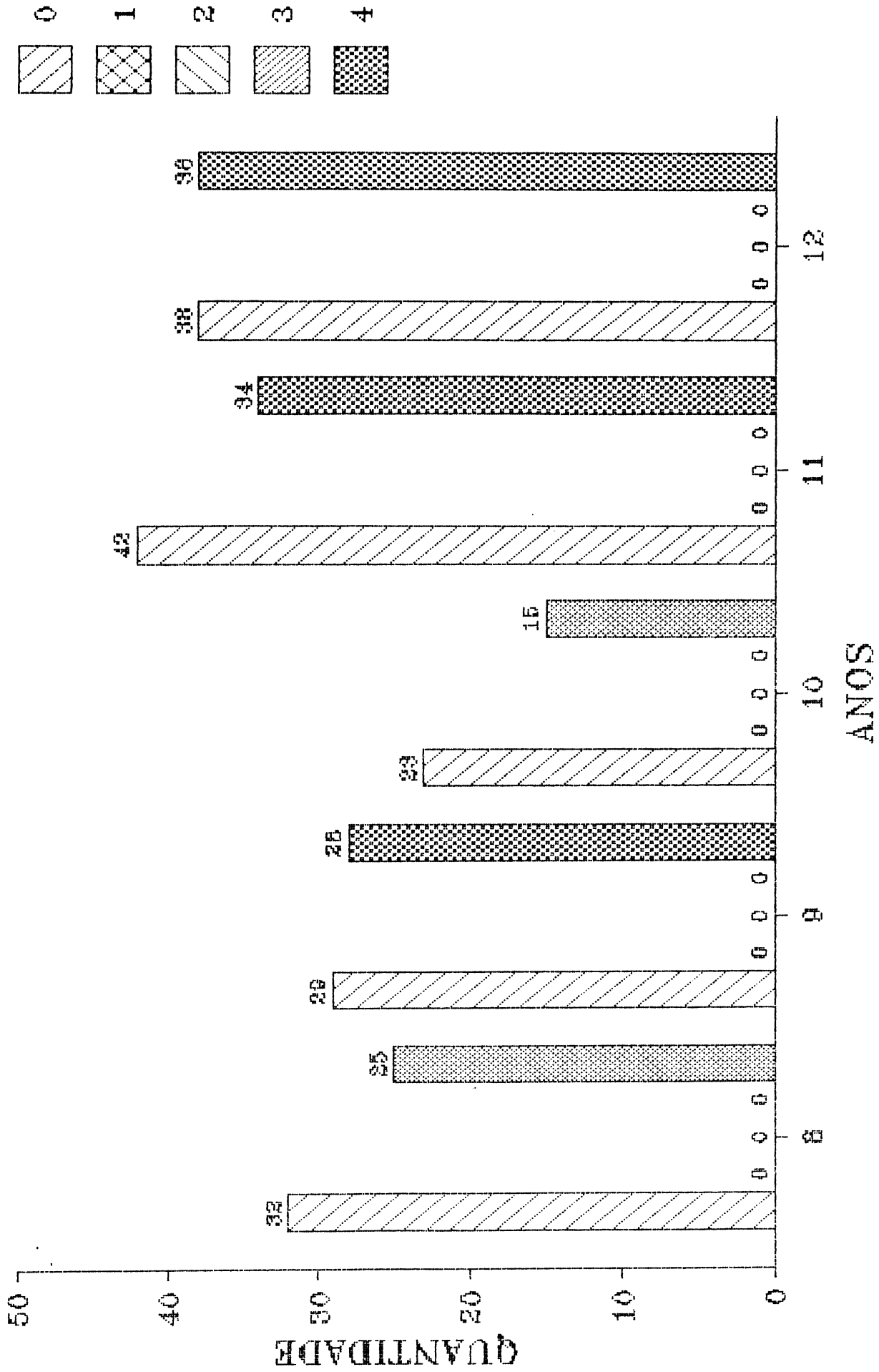
VII - QUALIDADE DE ATENÇÃO

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



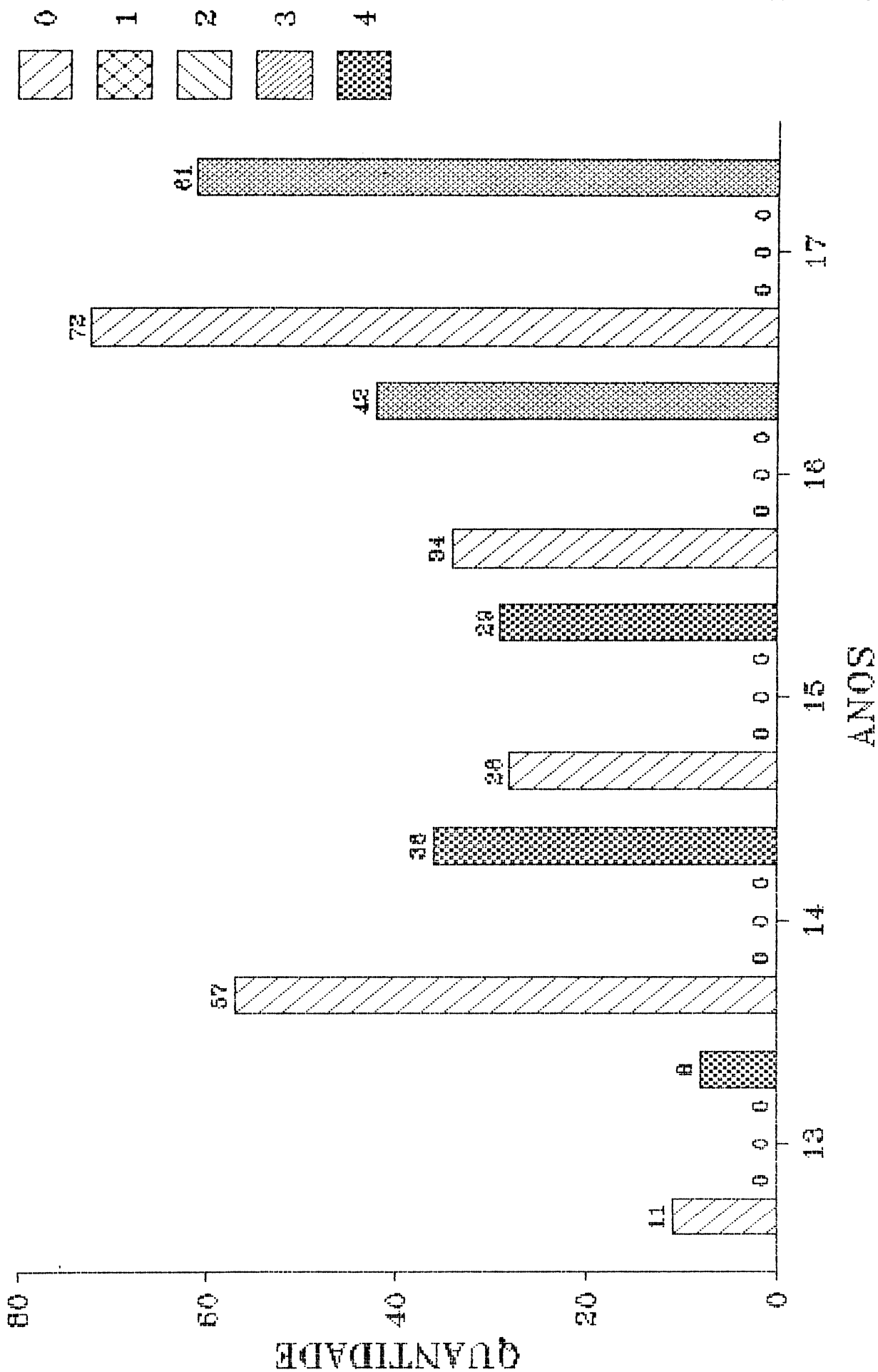
VIII - QUALIDADES COGNITIVAS CONCEITUAIS

HISTOGRAMA Nº 24 VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



VIII - QUALIDADES COGNITIVAS CONCEITUAIS

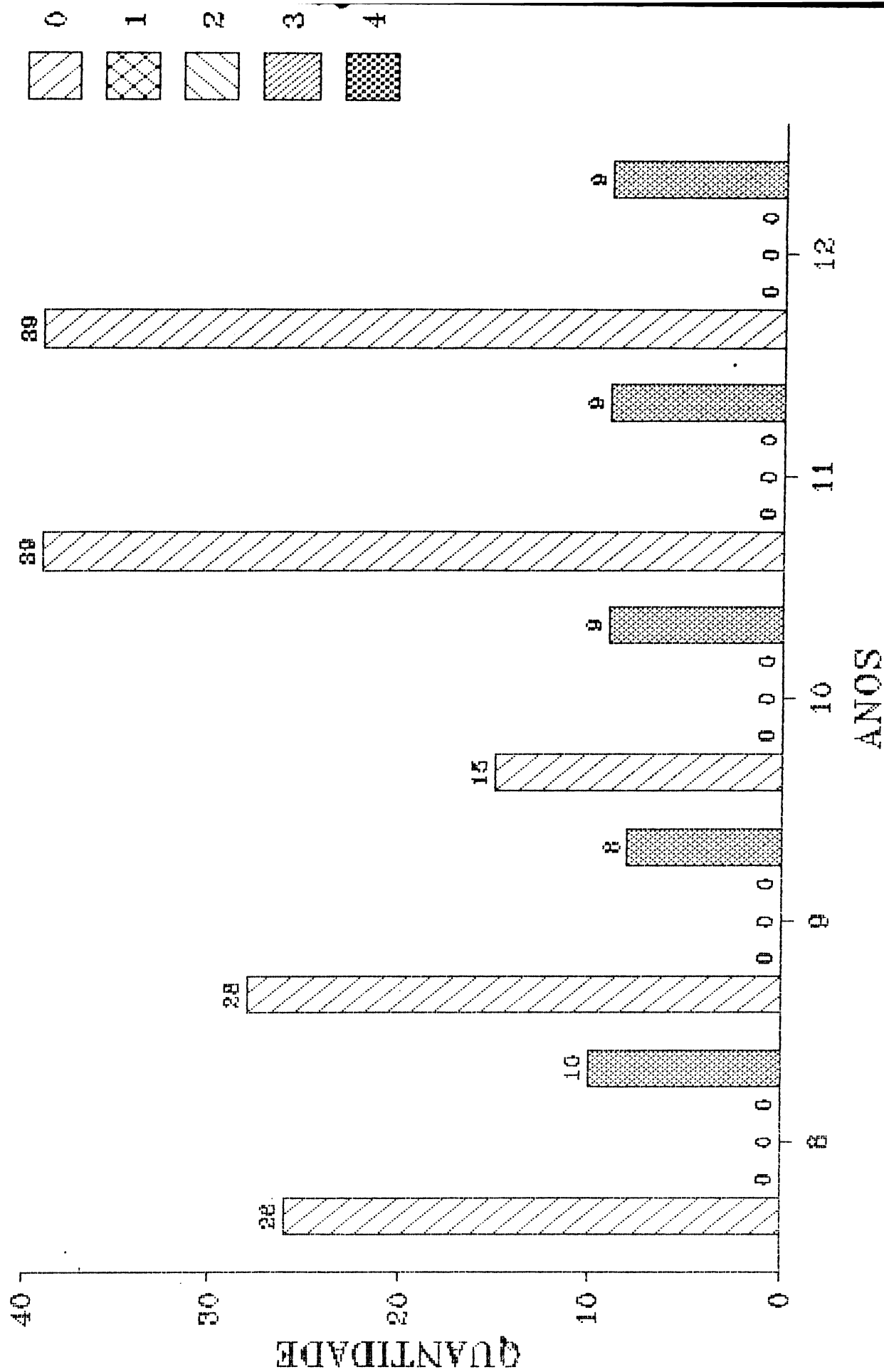
HISTOGRAMA Nº 24/A VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



HISTOGRAMA Nº 25 IX - LINGUAGEM

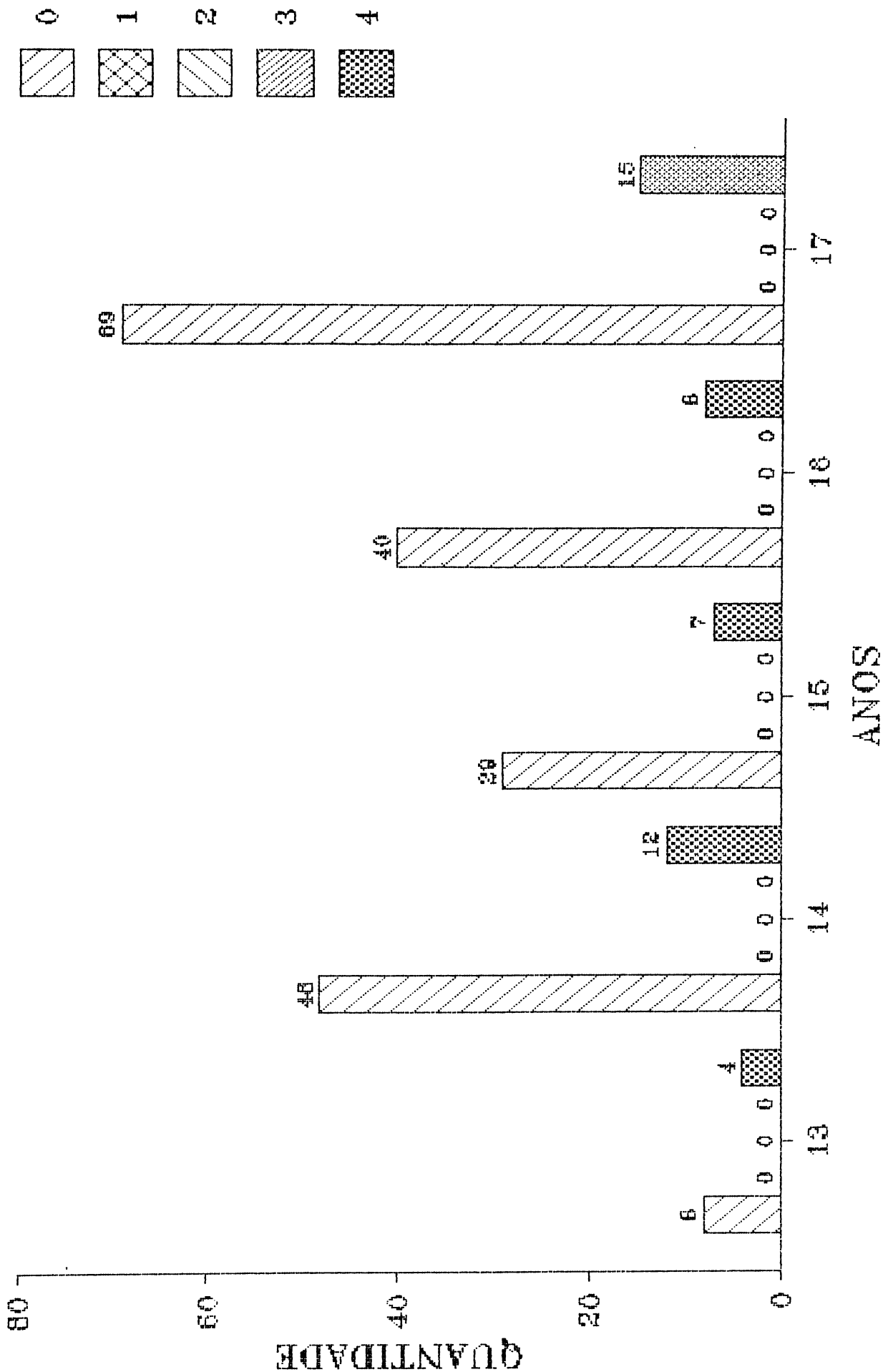
HISTOGRAMA Nº 25

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



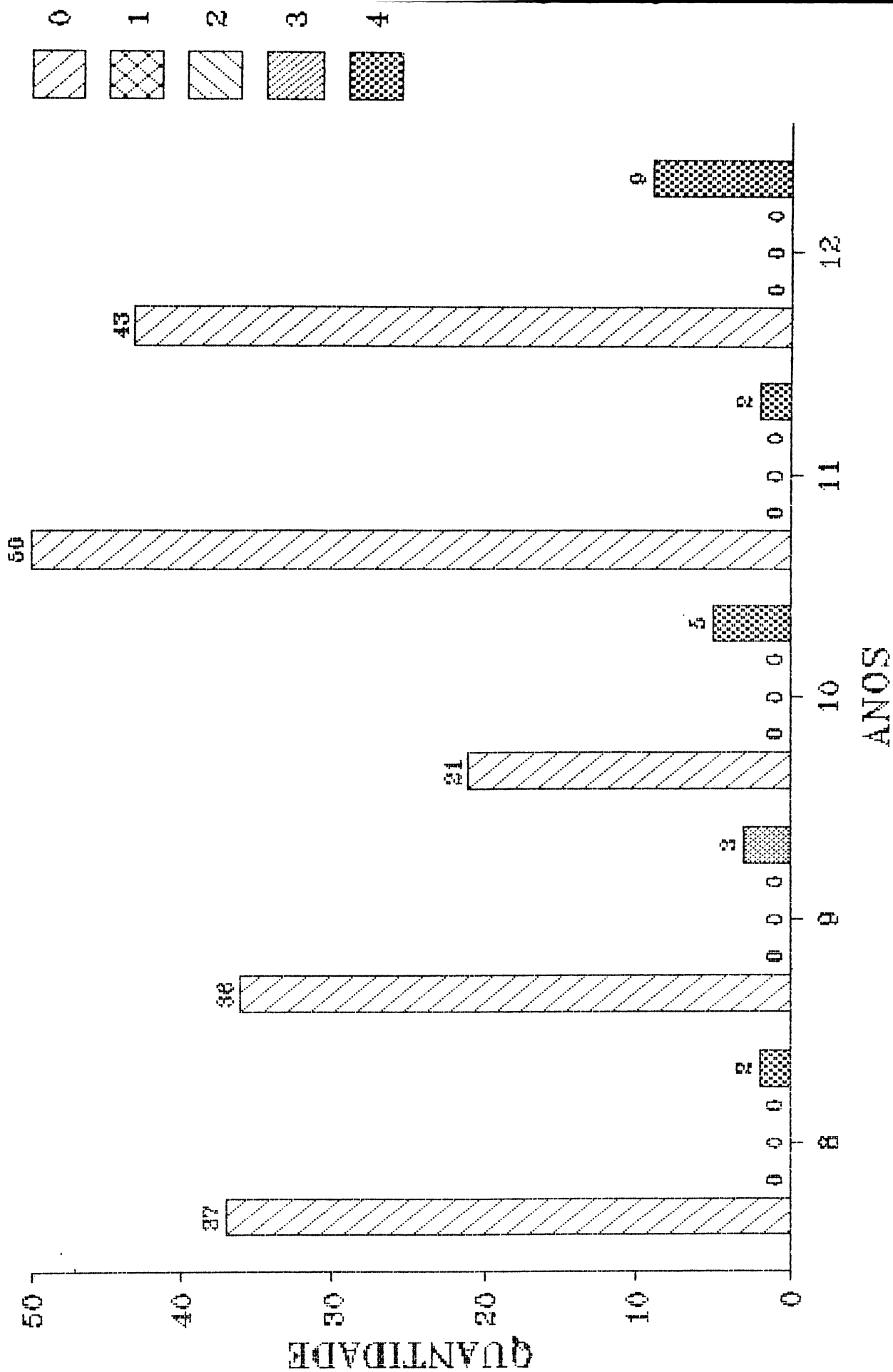
IX - LINGUAGEM

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



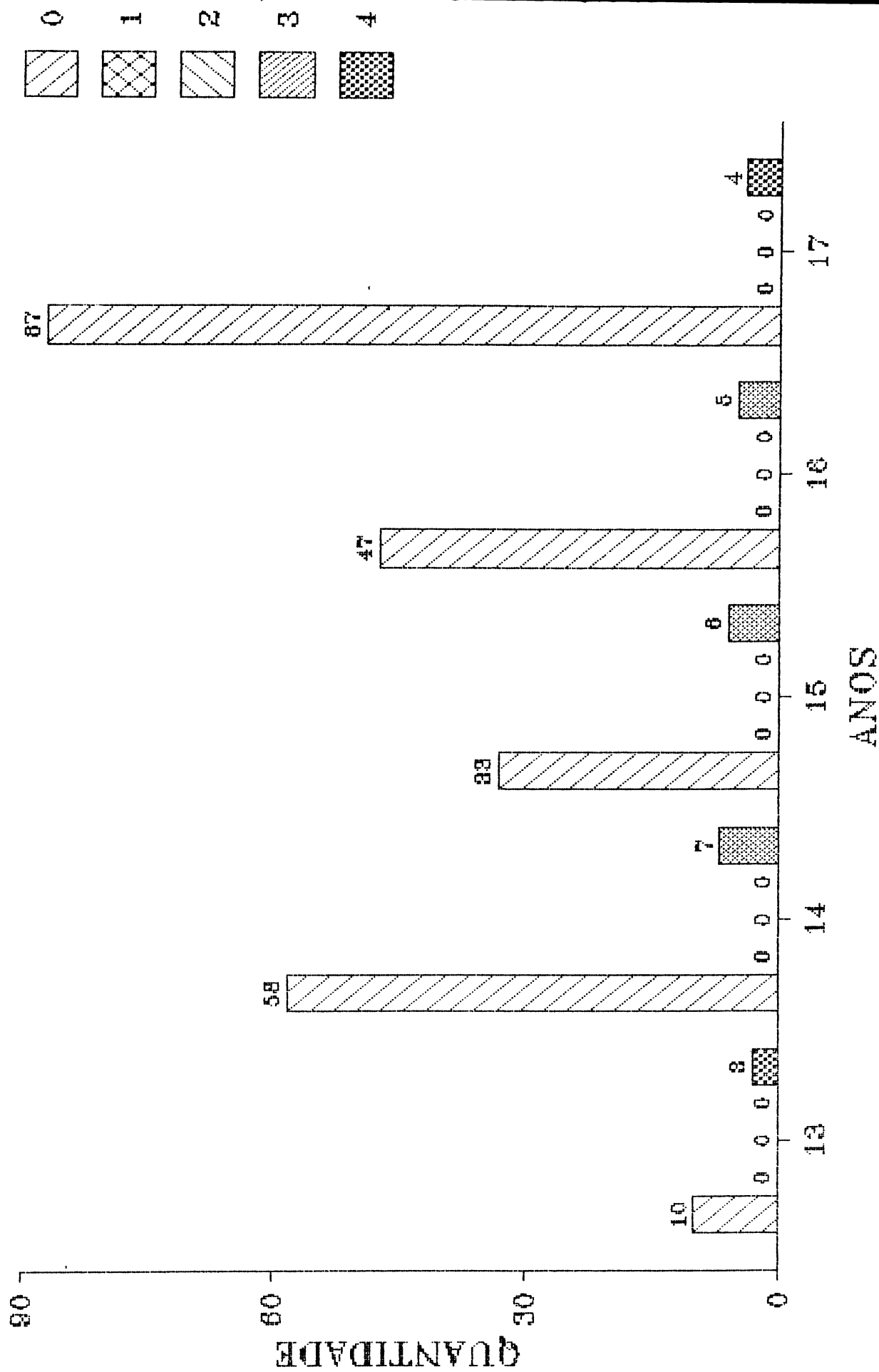
X- DISFUNCOES DA FALA

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



X- DISFUNCOES DA FALA

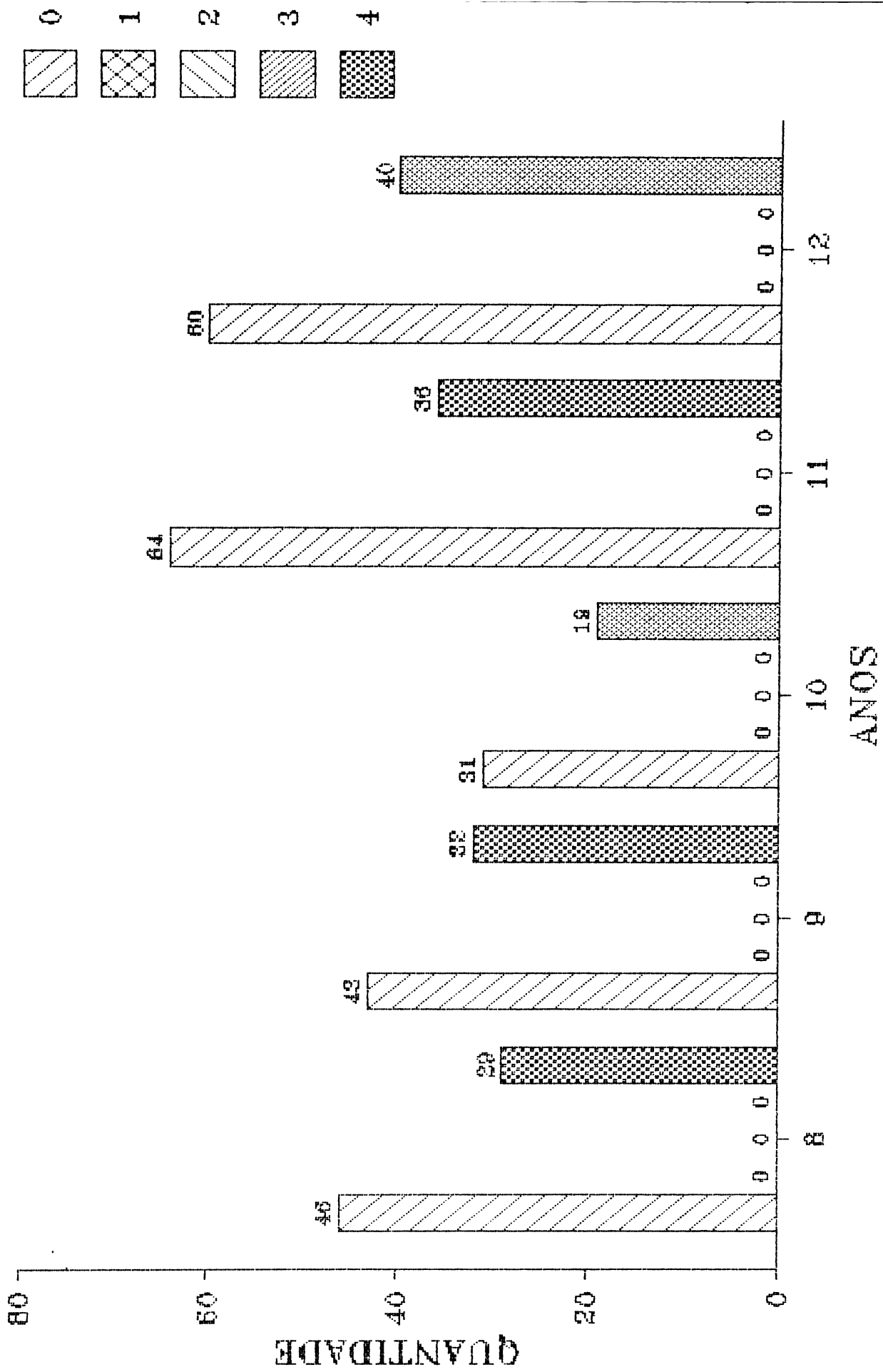
VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



XI - QUALIDADES SOCIO - EMOCIONAIS

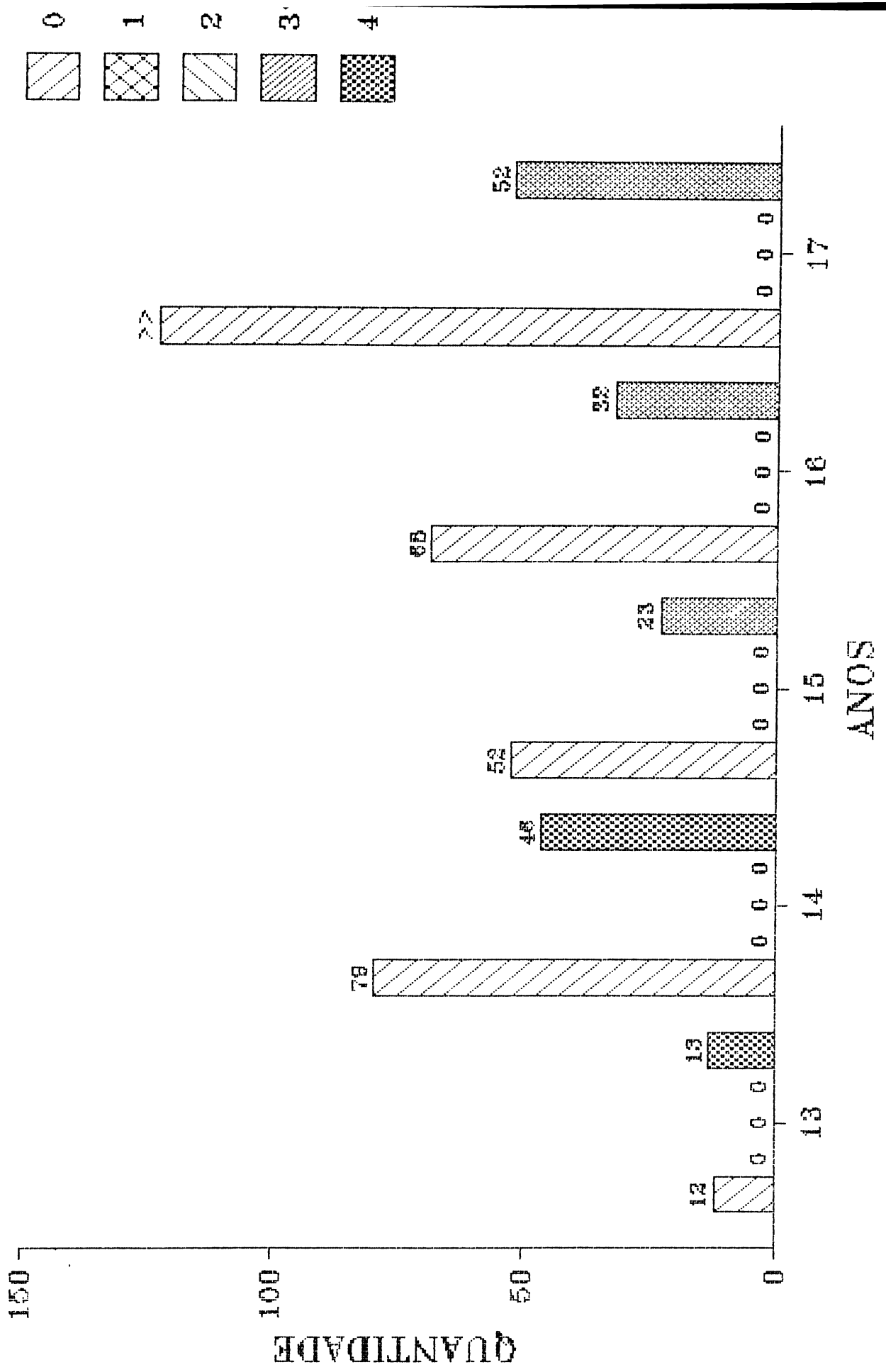
HISTOGRAMA Nº 27

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



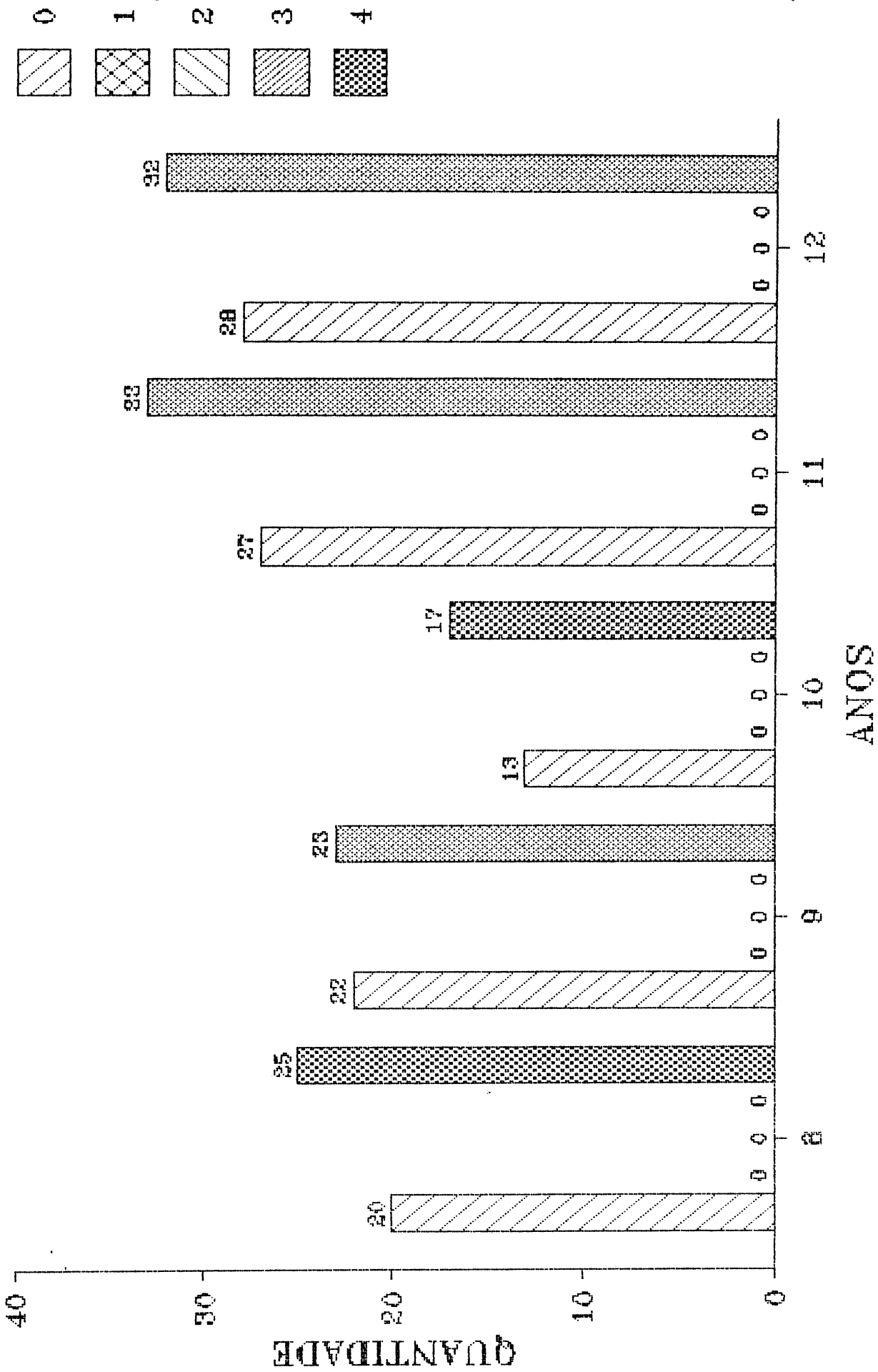
XI - QUALIDADES SOCIO - EMOCIONAIS

HISTOGRAMA Nº 27/A VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



XII- FUNCOES PERCEPTIVAS

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)



XII- FUNCOES PERCEPTIVAS

VALORES QUALITATIVOS (0-1-2-3-4)

